

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA SOCIOLOGIE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ILONA MÜLLEROVÁ

POVĚDOMÍ VEŘEJNOSTI O NEMOCI AIDS

PUBLIC AWARENESS ABOUT AIDS

Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu bakalářské práce, panu PhDr. Jiřímu Vinopalovi Ph.D., za veškerou jeho pomoc, jeho rady a za jeho nekonečnou trpělivost. Dále děkuji PhDr. Jaroslavu Mervínskému za jeho pomoc a podporu. Děkuji také organizaci Art for life za poskytnutí dat a všem respondentům, kteří se účastnili na výzkumu.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že jsem práci nepoužila v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 27. 7. 2015

podpis:

Abstrakt: Cílem této práce je zhodnotit postavení HIV pozitivních osob ve společnosti. Pro splnění cíle a představení uceleného vývoje postavení HIV pozitivních osob budou použity interpretace a analýza výzkumů, od těch vůbec prvních až po ty nejaktuálnější. Výzkumy, které se v práci objeví, jsou zaměřené na znalosti a postoje k HIV pozitivním lidem. Aby bylo možné zachytit vývoje informovanosti a postojů k problematice HIV/AIDS v čase, jsou výzkumy představeny chronologicky, a posledním výzkumem je vlastní dotazníkové šetření. Smyslem práce je upozornit na problém stigmatizace a diskriminace osob s HIV. HIV/AIDS problematika je komplexní problém, který se dotýká širokého spektra vědeckých oborů, proto se v práci objeví kromě sociologických diskurzů i témata z medicíny, práva a psychologie.

Klíčová slova: HIV, AIDS, homosexualita, užívání drog, prevence, stigmatizace

Abstract: The aim of this study is to assess the status of HIV positive people in society. To reach the goal and for introducing a whole continuation of HIV positive status will be used interpretation and analysis of research from the very first to the very latest. Research that will appear in the work, are aimed at knowledge and attitudes towards HIV-positive people. In order to capture the continuation of knowledge and attitudes to HIV / AIDS at the time, researches are presented chronologically, and the last one is my own survey. The sense of this study is to pay attention to the problem of stigma and discrimination against people with HIV. HIV / AIDS issue is a complex problem that affects a wide range of scientific disciplines, so the study includes apart from sociological discourses topics of medicine, law and psychology.

Key words: HIV, AIDS, homosexuality, drug use, prevention, stigmatization

Obsah

•	1. Úvod do problematiky.....	1
•	1.1. Představení cílů.....	1
•	2. HIV a AIDS.....	3
•	2.1. Původ a historie nemoci.....	3
•	2.2. Lékařské statistiky.....	4
•	3. Programy prevence a péče o pacienty.....	7
•	3.1. Život po oznámení diagnózy.....	8
•	3.2. Činnost svépomocných skupin a občanských sdružení.....	9
•	4. Propojení se sociální deviací.....	12
•	4.1. AIDS a homosexualita.....	14
•	4.2. AIDS a prostituce.....	16
•	4.3. AIDS a užívání drog.....	17
•	5. Dotazníková šetření na téma AIDS.....	20
•	5.1. Porovnání starších výzkumů.....	20
•	5.1.1. Výzkumy do roku 2005.....	20
•	5.1.2. EMIS 2010.....	22
•	5.2.3. Art for life 2011.....	24
•	5.2. Vlastní výzkum	25
•	5.2.1. Postojová část.....	26
•	5.2.2. Shrnutí postojové části.....	32
•	5.2.3. Znalostní část.....	33
•	5.2.4. Shrnutí znalostní části.....	39

• 6. Závěr.....	41
• 7. Seznam literatury.....	43
• 8. Přílohy.....	46

1. Úvod do problematiky

Lékařská definice nemoci zní: „*Porucha zdraví, obvykle je zjistitelná objektivně, bývá vnímána nemocnou osobou a stává se předmětem zdravotnických služeb. Podle časového průběhu rozeznáváme počáteční období prepatogeneze, časná patogeneze latentní, popř. asymptotická fáze nemoci, rozvinutá patogeneze a ukončení nemoci vyléčením, přechodem do chronické fáze nebo smrtí. ...*“ (Vokurka, 2009)

I sociologie má svou definici nemoci, dokonce mnohem rozsáhlejší. První věty lékařské a sociologické definice se shodují, sociologie ale dále bere v potaz vnější prostředí, „*práce a její podmínky, vztahy mezi lidmi, životní prostředí... a stres*“. Jsou určovány rizikové osoby a riziková prostředí pro vznik nemoci, sleduje se proměna podob nemocí a způsob života obyvatel. Sociologická definice pokračuje sociální změnou, kterou nemoc přináší „*... v zaměstnání, v rodině i na veřejnosti*“, rolí pacienta, do které nemocný člověk vstupuje, a společenským významem nemoci. „*Společenský význam nemoci je dán: četostí a délkou trvání, věkem postižených osob, ovlivnitelností vzniku a průběhu n., závažností jejich průvodních jevů nebo následků, jako je ztráta pracovní schopnosti, ohrožení okolí a příštích generací, úmrtí.*“ (Maříková, 1996, s. 674-675) Právě zmiňovaný společenský význam může mít na pacienta v nejednom případě destruktivnější účinky než samotný patogen. Podíváme-li se na nemoc jako na sociální problém, všimneme si, že každá nemoc mění podobu mezilidských vztahů. Tato proměna může na jedné straně vypadat jako podpora, soucit nebo zájem o nemocného, ale na druhé straně jako odpor, znechucení či sociální exkluzi. Nemoc představuje stigma, které mění identitu člověka. Společnost má tendence připisovat nemocem jiný než čistě biologický původ, a to např. náboženský nebo důsledek nezdravého životního stylu. Vliv stigmatu na proměnu mezilidských vztahů vnímá každá kultura odlišně. (Bártlová. 2005)

1.1. Představení cílů

Toto pojednání je zaměřeno na sociální aspekty nemoci AIDS. Zkratkou AIDS se označuje Syndrom získaného selhání imunity (Acquired Immune Deficiency Syndrome).

Jedná se o pohlavně přenosnou nemoc, která je známa zhruba třicet let. Patří mezi největší hrozby moderní společnosti. Zatím jej nelze vyléčit.

Můj předpoklad pro výběr zrovna tohoto onemocnění je takový, že společenský význam je v tomto případě výraznější než u jiných onemocnění. Oproti jiným nemocem si s sebou AIDS nese „něco nemorálního“. Něco, čeho se lidé na jednu stranu bojí, na druhou stranu tím opovrhují. Ve své práci si kladu za cíl zjistit následující:

- zda povědomí laické veřejnosti odpovídá objektivním lékařským faktům o nemoci, způsobu přenosu a prevenci
- jak se společnost chová k HIV+ pacientům
- porovnání vývoje veřejného povědomí v čase

Práce je koncipována jako teoreticko – empirická. V teoretické části je věnována pozornost obecným faktům o AIDS a také jsou představeny některé organizace, které pracují na prevenci AIDS a na osvětě společnosti. Kapitola **Propojení se sociální deviací** hledá odpověď na otázku „Kdo jsou HIV – pozitivní (dále jen HIV+) lidé?“. AIDS bývá neodmyslitelně spojován s homosexualitou a s dalšími tématy spadajícími do oboru sociálních deviací. V další části práce se zaměřím na různé výzkumy, které zkoumají názory, postoje a především znalosti o HIV a AIDS. Moji snahou je v empirické části ukázat, jak společnost jako celek vnímá tento specifický problém. Empirická část je tvořena interpretací starších výzkumů a následně analýzou vlastního kvantitativního šetření, které také postihuje znalosti o problematice HIV/AIDS a postoje k HIV+ osobám.

2. HIV a AIDS

Už samotná terminologie může být zdrojem chyb, zkratky HIV a AIDS splývají v jedno nebo se jejich významy zaměňují. HIV je zkratkou pro Human Immunodeficiency Virus, tedy virus, který v těle nakaženého napadá bílé krvinky, buňky odpovědné za obranyschopnost organismu. Kromě toho může napadat např. nervové buňky. Virus je znám ve dvou odlišných podobách, HIV-1 a HIV-2. Existují jen tři způsoby, jak se virem nakazit. Nejčastějším způsobem nákazy je pohlavní styk, dále kontakt s infikovanou krví nebo přenos z matky na dítě. Poněkud paradoxní je, že zkázonosný virus „*je značně citlivý k vnějšímu prostředí a ničí ho běžné dezinfekční prostředky, UV záření, chlorové preparáty, teplo...*“ (Vokurka, 2009). Nákaza virem nemusí automaticky vést k AIDS.

AIDS je označení pro onemocnění vyvolané virem HIV. Průběh nemoci je zpočátku nenápadný. „*Vývoj infekce se dělí do různých stadií, a to zejm. podle klinického průběhu a laboratorních hodnot. Klinická stadia jsou tři - první (A) je... asymptomatické. Stadium B zahrnuje nespecifické příznaky a některé lehčí infekce (hubnutí, teplota, průjem, zvětšené mízní uzliny). Stadium C odpovídá vlastnímu AIDS s příznaky "velkých" oportunních infekcí či nádorů.*“ (tamt.) Oportunními infekcemi se nazývají vzácné choroby, které se u zdravých lidí běžně nevyskytují. Pacient nakažený virem HIV, který dodržuje léčbu, se vůbec nemusí ke stadiu AIDS dostat. AIDS nelze zcela vyléčit. Léky dokážou průběh onemocnění výrazně zpomalit a zlepšit stav pacienta. I při užívání léků je pacient stále nakažlivý. (tamt.) V některých starších pramenech, které vycházejí z teze, že tato nemoc postihuje pouze homosexuály, se uvádí zkratka GRID (gay-related immune deficiency) (Stehlíková, 1995, str. 8).

2.1 Původ a historie nemoci

V roce 1981 v USA upoutal pozornost místních lékařů výskyt poměrně vzácných onemocnění u mladých a do té doby zdravých mužů. Všichni pacienti byli homosexuálně orientovaní a bylo u nich zpozorováno selhání imunity. Počet nemocných se rychle zvyšoval. Lékaři se okamžitě vrhli na výzkum neznámé nemoci. Jedno z jejich prvních zjištění bylo takové, že se nemoc mezi lidmi šíří již několik let a kromě homosexuálů jsou

mezi nakaženými narkomané, hemofilici a obyvatelé Haiti. V letech 1982-1984 se vědci zaměřili na výzkum původce nemoci. Testy nového viru vykazovaly nepřehlédnutelnou podobnost s viry napadajícími opice. Právě z této skutečnosti vznikla zatím nejpravděpodobnější hypotéza o původu onemocnění. Hypotéza hovoří o tom, že virus pochází z Afriky, kde primárně napadal opice. Kontaktem s opičí krví, při lovu či náboženských rituálech, se virem nakazili i lidé. Z afrického kontinentu se virus skrze turismus roznese do USA a na Haiti, poté do západní Evropy a postupem času zasáhl prakticky celý svět. (Dvořák, 1992).

V roce 1985 vědci vyvinuli způsob testování přítomnosti viru HIV v lidském organismu a tento nástroj se rychle dostal do celého světa včetně Československa. (tamt.) Československo navázalo spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací. I přes rychlé zapojení do výzkumu a zavedení preventivních opatření počet HIV+ lidí na našem území narůstal. „*Prvé dva případy onemocnění klinickým AIDS byly u nás zjištěny již v roce 1984 na Slovensku. Přestože v této době ještě nebyl prokázán infekční původ nového onemocnění, zdravotníci byli ... informováni o tehdy známých klinických charakteristikách záhadné choroby.*“ (tamt., s. 95) V roce 1986 bylo na našem území známo 30 případů infikovaných virem HIV. První lék sem byl ovšem dovezen až o dva roky později, navíc pouze pro tři pacienty. (Jilich, 2014, s. 24)

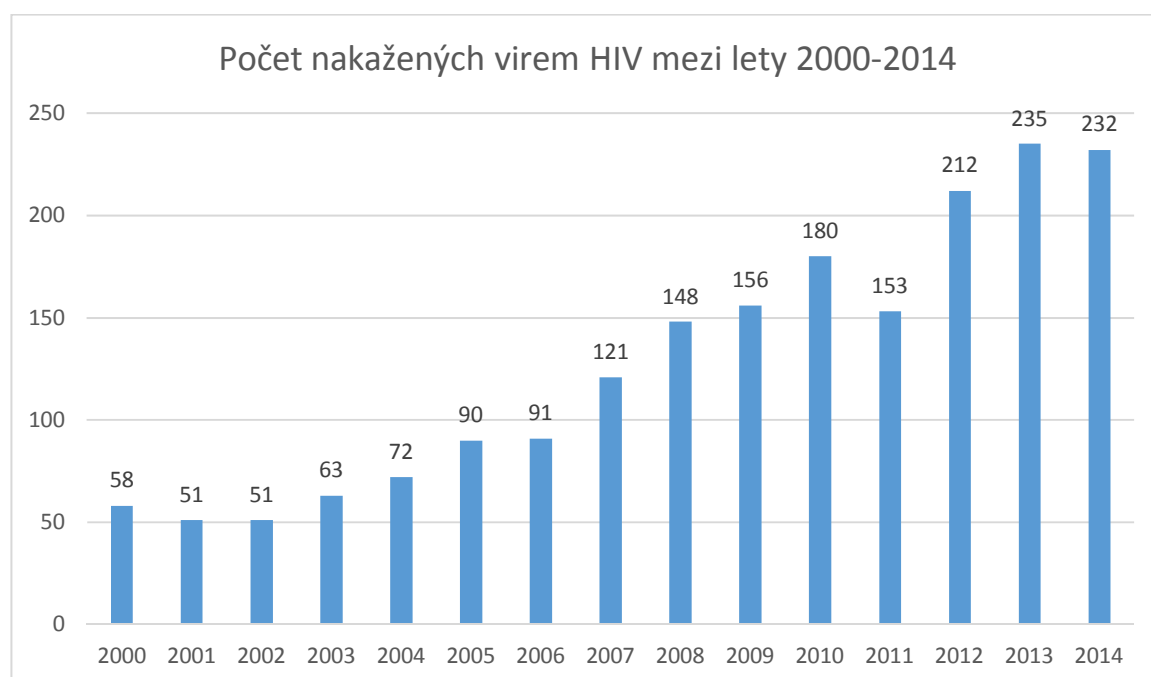
Od roku 1985, kdy byl vyvinut první lék azidothymidin (AZT), se zdravotní stav nakažených udržuje antiretrovirovou chemoterapií, jejíž cílem je potlačení replikace viru. Po určité době, která je u každého pacienta různá, se virus stane ke stejnému typu léku rezistentní. Proto je nutné antiretrovirotika časem změnit či pacientovi poskytnout kombinaci více typů. Kromě toho se léčba zaměřuje na konkrétní zdravotní komplikace, které jsou s nákazou virem HIV spojeny (Rozsypal, 1998, s. 28-31). Ve způsobu léčby dosud nenastaly žádné výraznější změny. (Rozsypal, 2013)

2.2 Lékařské statistiky

Nové případy nákazy virem HIV na našem území jsou evidovány Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR a Státním zdravotnickým ústavem. První zmíněná instituce poskytuje statistický přehled výskytu pohlavně přenosných nemocí

včetně HIV/AIDS od roku 1959 do 2012¹. Státní zdravotnický ústav vydává Zprávy o výskytu a šíření HIV/AIDS s měsíční pravidelností od roku 2003 do současnosti².

Ke dni 31. 1. 2015 bylo Státním zdravotnickým úřadem evidováno 2385 HIV pozitivních občanů ČR a rezidentů a 392 HIV pozitivních cizinců. Je však nutné upozornit na to, že jde pouze o nahlášené případy. Skutečný počet nakažených může být několikanásobně vyšší. Statistiky uvádějí kumulativní součty všech zaznamenaných případů nákazy již od 80. let. Přibližně 63 % všech nakažených tvoří homosexuální muži. Poněkud překvapivým zjištěním ale je, že druhou nejpočetnější skupinu nakažených virem HIV tvoří heterosexuální ženy (asi 13 %). Třetí nejpočetnější kategorií jsou heterosexuální muži, ostatní kategorie jako injekční uživatelé drog, hemofilici atd. se pohybují v řádu desítek případů. Přibližně polovina nakažených žije v Praze. Počet osob, u kterých byl diagnostikován AIDS, je 428.(Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS, 2015)



Graf 1: Z dat SZÚ je patrné, že za posledních patnáct let počet nakažených virem HIV čtyřnásobně vzrostl (Národní referenční laboratoř, 2014).

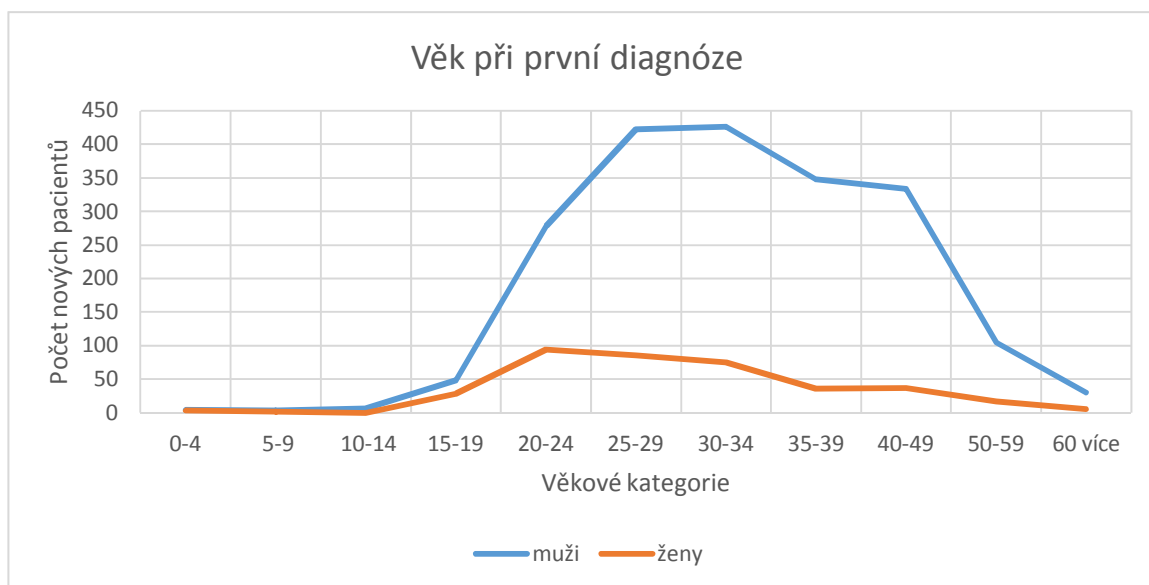
Po otevření hranic se rizikovou skupinou pro přenos infekce stali cizinci, a to především přistěhovalci ze zemí bývalého východního bloku. Z celkového počtu 392 HIV pozitivních cizinců evidovaných na území České republiky jich třetina pochází

¹ Dostupné online na www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/pohlavni-nemoci

² Dostupné online na www.szu.cz/tema/prevence/rocnizpravy-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-v-cr

z východní Evropy. Nejrizikovější zemí je Ukrajina. Podle údajů Evropského centra pro kontrolu a prevenci chorob (ECDC) z roku 2013 bylo na Ukrajině celkem zjištěných přes 203 tisíc HIV pozitivních osob. (European Centre for Disease Prevention and Control, 2014) Počet nově nakažených za rok se pohybuje okolo 17 000 osob. Z dat Světové zdravotnické organizace za rok 2011 je vidět, že šíření viru HIV má na Ukrajině odlišnou podobu než v ČR. Více než polovina HIV+ pacientů se nakazila skrze heterosexuální styk a 38 % tvoří injekční uživatelé drog. (World Health Organization, 2013)

Nákaza virem HIV je hrozbou především pro mladší věkové kategorie. V grafu 2 je vidět, že kolem 20. roku života výrazně narůstá počet nově infikovaných osob. Přes 40 % HIV+ osob se nakazilo mezi 24. a 34. rokem života. Průměrný věk, kdy dochází k nákaze, se v posledních letech pohybuje kolem 33 – 35 let u mužů a 30-35 let u žen. Počet nových případů s vyšším věkem klesá. Vzhledem k širokému věkovému spektru ale nelze říci, že se nákaza týká pouze mladých osob a že osoby s vyšším věkem jsou před virem v bezpečí.



Graf 2: Kumulativní údaje SZÚ o věku, ve kterém pacienti zjistili nákazu virem HIV. (Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS. 2015)

3. Programy prevence a péče o pacienty

Následující kapitola je věnována jediné účinné zbrani, kterou lidstvo proti viru má: prevenci. Ve společnosti se používají tři různé okruhy prevence podle cílové skupiny, které je prevence určena: primární, sekundární, terciární. Primární prevence se týká široké veřejnosti. Jejím úkolem je informovanost a osvěta potenciálních pacientů, zabránění šíření infekce a "redukce rizikových faktorů". Sekundární prevence je cílena na osoby, které již nakažené jsou. V tomto případě se preventivní programy snaží zabránit nevědomému šíření viru a radí pacientům, aby co nejrychleji vyhledali lékaře, započali léčbu a minimalizovali tak dopady nákazy na svůj zdravotní stav. Terciární prevence je zaměřena na pacienty, kteří jsou se svou diagnózou seznámeni a učí se žít s HIV. ((Jilich, 2014, s. 99 -100)

Prevence však nemůže být úspěšná, pokud jí cílová skupina nenaslouchá. Jak bude popsáno v kapitole 4, málokterý člověk se ztotožňuje s cílovou skupinou a rizikovost problému si nepřipouští. Úryvek z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog ukazuje, že snahy preventivních programů jsou zbytečné, nebude-li se jimi populace řídit.

„V r. 2011 byla provedena studie sexuálního rizikového chování ve vztahu k užívání návykových látek v obecné populaci, k dispozici jsou výsledky pro ženy (Stemmler et al., 2014). O vyplnění dotazníku byli požádáni návštěvníci barů, kaváren a zahrádek v průběhu července a srpna 2011, výběr byl prováděn metodou time-space¹⁰⁷. Soubor čítal 124 žen ve věku 18–67 let (průměrný věk 29 let), 25 % identifikovalo svou sexuální orientaci jako jinou než heterosexuální. Ukázala se souvislost mezi nadměrným užíváním alkoholu a počtem nových, náhodných nebo často se měnících partnerů u mladších žen. Nižší konzumace alkoholu byla zjištěna u žen-matek. Kondom nikdy nepoužilo 60 % žen, což souviselo se svobodným stavem, větším počtem mužských partnerů a krátkým trváním sexuálního vztahu. Použití kondomů bylo častější u žen, které měly dlouhodobější vztah a diskutovaly o HIV statutu se sexuálním partnerem. Ženy, které vyhledaly HIV test, byly mladší a heterosexuálně orientované. Ukázalo se tedy, že alkohol zvyšuje riziko přenosu

pohlavních chorob včetně HIV a že použití kondomu a další ochranné a preventivní praktiky jsou v české ženské populaci vzácné.“ (Mravčík, 2014, s. 107)

Zajímavou zprávu o postoji české populace k prevenci podal i výzkum MUDr. Džamily Stehlíkové: *„Muži s diskriminujícími postoji k HIV osobám, tedy ti, kteří očekávají, že prevenci infekce je možné zabezpečit restriktivními opatřeními, používají kondom méně často než ti s tolerantnějšími názory.*“ (Stehlíková, 1995, s. 83)

3.1. Život po oznámení diagnózy

Zpráva o nákaze virem HIV znamená radikální a traumatizující zásah do života pacienta. Pacient se musí vypořádat s faktem, že se viru nezbaví a že je nutné podřídit diagnóze celý život. A to hned v několika ohledech.

Pacientovi vyvstávají nové povinnosti dané zákonem. Poté, co lékař seznámí nově nakaženého pacienta s jeho zdravotním stavem a poučí ho o předcházení šíření viru, je pacient odeslán do specializovaného oddělení, tzv. HIV centra. Zde se pacient musí dle zákona č. 258/2000 Sb. povinně registrovat. Mimo to musí dodržovat poučení o ochraně dalších osob a informovat každého lékaře, který pacienta vyšetřuje. Pacient není povinen podstupovat léčbu, ale musí být pod lékařským dohledem. Šíření nákazy je podle zákona č. 40/2009 Sb. trestným činem.

Oznámení diagnózy kromě změn v právní a medicínské rovině samozřejmě ovlivňuje i psychickou a sociální stránku života. Přiznání HIV positivity může pro pacienta znamenat i přiznání jiné odchylky (nevěra, homosexualita, užívání drog). Problémem vycházejícím ze snahy situaci utajit je odmítání léčby. (Jilich, 2014, s. 80)

"U AIDS se hanba spojuje s přisuzováním viny a skandál není nic nejasného. Málokdo se podivuje "proč právě já". Většina lidí postižených AIDS mimo subsaharskou Afriku ví (nebo si to alespoň myslí), kde k němu přišla. Není to záhadná nemoc, která jako by si

vybírala oběti namátkově. Dostat AIDS znamená přesně být odhalen, zatím alespoň ve většině případů, jako člen jisté "rizikové skupiny", sdružení páříů. Nemoc odhalí identitu, která mohla zůstat utajena před sousedy, kolegy, příbuznými, známými. ... Nemocní jsou zároveň izolováni a vystaveni ústrkům a pronásledování." (Sontag, 1997, s. 104)

Pokud se HIV pozitivní člověk rozhodne spolupracovat s lékařem, cílem léčby je udržení zdravotního stavu a zachování určité kvality života. (Jilich, 2014, s. 77) Pacient by měl dodržovat zásady zdravé životosprávy a vyhýbat se stresu. Je prokázáno, že stres může negativně ovlivnit celkový zdravotní stav. Není to však obecně platná podmínka, záleží na individuální odolnosti či vulnerabilitě (zranitelnosti) každého jedince. Nejhorší vliv na zdravotní stav má dlouhodobý tzv. chronický stres. (Křivohlavý, 2001) Podmínce vyhýbat se stresu však nepomáhá stigmatizace či dokonce diskriminující jednání pramenící ze zkreslených představ či neznalosti problematiky. Za velmi stresující situaci bývá především označováno zveřejnění HIV positivity na pracovišti. HIV+ člověk má povinnost informovat o svém stavu lékaře a svého sexuálního partnera, nikoliv však zaměstnavatele. Samotná přítomnost viru nesmí být důvodem k vyloučení ze zaměstnání. V případě nekorektního jednání se může HIV+ osoba odkázat na porušení antidiskriminačního zákona č. 198/2009 Sb.

3.2. Činnost svépomocných skupin a občanských sdružení

Lékařům se zpráva o nevléčitelné nemoci či umírání neříká lehce a sami připouštějí, že se komunikaci o věcech, které jsou v naší společnosti tabuizované, vyhýbají. Zaprvé mají tyto hovory nepříznivý dopad na psychiku zdravotníků a zadruhé chybí prostředky pro to, aby byly naplněny všechny potřeby pacienta, zejména potřeby spirituální. (Ptáček, 2011, s. 363-373)

S proměnou zdravotnického systému ve 20. století se proměnil i vztah mezi pacientem a lékařem. Zatímco pro lékaře skončil kontakt s pacientem „odstraněním jeho problémů“, pacient si ke svému vyléčení „... *nárokoval řadu potřebných informací i tradiční lékařovu lidskou účast.*“ (tamt., s. 28) Po vzoru západních států začali i lékaři v České republice spolupracovat se sdruženími, které sice nepramenily z lékařské odbornosti, ale v péči o pacienta doplňují to, co zdravotnické instituce nezvládají. (tamt., s. 30)

Činnost dobrovolníků a svépomocných skupin hraje ve zdravotním systému důležitou roli. Skupiny se obvykle skládají z lidí se stejnými zkušenostmi s nemocí. Svým členům především poskytují podporu a sounáležitost či kontakt se světem mimo zdi nemocnice. Členství ve skupině je dobrovolné. Mezi členy platí rovnoprávnost, všichni jsou vedeni ke vzájemné pomoci, a to podle hesla „pomáháním druhému pomáhám i sobě.“ (Bártlová, 2005, s. 103) Skupiny mohou mít všemožná zaměření, od handicapovaných dětí až po narkomany, a slouží nejen pacientům, ale i jejich rodinám. Funkcí svépomocných skupin je poskytování poradenství, terapie a především sociálního kontaktu. (tamt.)

V Československu se o první osvětu a šíření informací o přenosu HIV a AIDS postarala vznikající homosexuální komunita. Hnutí za pomoc HIV+ osobám u nás vzniklo v roce 1988. (Stehlíková, 1995, s. 19) Problémem, se kterým se v začátcích musela komunita vypořádat, byla v té době nepříliš kvalitní sexuální výchova. V roce 1989 bylo založeno občanské sdružení Společnost AIDS pomoc (SAP). Sdružení vzniklo díky iniciativě HIV+ osob, kterým nebyla lhostejná situace lidí se stejným osudem. Časem došlo k přejmenování na Česká společnost AIDS pomoc. (Jilich, 2014, s. 25) Sdružení zpočátku fungovalo na principech svépomocné skupiny, která si vzájemně poskytovala pomoc v okruhu přátel, známých a rodinných příslušníků. Postupem času rozšiřovala nabídku pomoci. V roce 1999 byl založen azylový dům pro HIV+ pacienty s názvem Dům světla. Nyní se ČSAP zaměřuje na prevenci, poradenskou činnost v oblasti práva, zdravotnictví a sociálního zázemí, bojuje proti diskriminaci, umožňuje testování HIV pozitivitu a poskytuje azylové ubytování. (Česká společnost AIDS pomoc, 2015)

Kromě organizace ČSAP se prevenci HIV věnovala i homosexuální hnutí, která si uvědomovala potencionální hrozbu. Hnutí se v roce 1990 uskupila do Sdružení organizací homosexuálních občanů, známé pod zkratkou SOHO. Sdružení ještě v roce 1990 založilo časopis SOHO revue. (Seidl, 2012) V letech 1991-1992 se podílelo na Výzkumu sexuálního chování homosexuálně orientovaných osob. (Stehlíková, 1995) Sdružení

SOHO fungovalo do roku 2000, kdy změnilo název na Gay Iniciativa. V roce 2009 byla ukončena činnost tohoto sdružení.

V současnosti vznikají preventivní programy na úrovni celosvětové a národní, buďto jako činnost nestátních neziskových organizací nebo jako činnost státních institucí. Preventivní programy nestátních neziskových organizací mají nejčastěji podobu aktivit v terénu, besed a přednášek na školách, vydávání informačních brožur nebo např. umělecké tvorby. Ministerstvo zdravotnictví ustanovilo „*Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice na období 2013 — 2017*“, který usiluje o splnění dvou cílů: prvním je podpora programů primární i sekundární prevence, druhým je zmírnění dopadů HIV infekce na jedince i na celou společnost. Plán vymezuje celkem 19 cílových skupin. Cíli na celou populaci se zaměřením na mládež a dále na skupiny více ohrožené nákazou HIV, jako jsou například vojáci, lékaři, osoby navštěvující rizikové státy či partneři HIV+ osob.

4. Propojení se sociální deviací

Po objektivním zmapování situace okolo HIV/ AIDS v předchozích kapitolách je nyní prostor pro přemýšlení nad společenským aspektem této nemoci. V počátcích výzkumů HIV/ AIDS bylo odborníky definováno několik rizikových skupin, které jsou více ohroženy nákazou. Pro významně zkreslený společenský význam samotné nemoci a vnímání HIV+ pacientů hraje roli fakt, že mezi tyto rizikové skupiny patří určité společenské skupiny či subkultury, proti kterým se společnost vymezuje bez ohledu na rizikovost přenosu HIV/ AIDS. Častého přenosu ve specifických skupinách si vědci všimli už v počátcích epidemie a nejrizikovější skupiny označili zkratkou „4H“. Kromě **homosexuálů** se mezi nakaženými objevovali i **hemofilici**, **heroinisté** a obyvatelé **Haiti**. (Rozsypal, 2013, s. 287) Kumulativní součet nakažených hemofiliků v České republice je sedmnáct a za posledních dvanáct let není evidován žádný takový případ nákazy. (Státní zdravotnický úřad, 2004) Riziková skupina obyvatel Haiti se týká pouze USA. Skupiny homosexuálů a heroinistů (neboli injekčních uživatelů drog) zůstávají pro české prostředí relevantní. K těmto dvěma skupinám přidávám další skupinu ohroženou virem HIV, a tou jsou osoby provozující prostituci. Skupiny balancují na pomezí společenské deviace a trestné činnosti. Mohou mezi sebou být propojeny – jistě by se dala nalézt osoba, která spadá do všech tří rizikových skupin.

Po zveřejnění informací o nové nemoci v 80. letech na sebe reakce společnosti nenechala dlouho čekat. Výroky odborníků se překrcovaly v nepodložené omyly. Stejnou rychlostí, s jakou se celým světem šířil virus HIV, se šířila panika umocněná činností amerických médií. Zkreslené zprávy vedly k nenávisti a projevům diskriminace ze strany „nedevariantních“ lidí, kteří k AIDS zaujali postoj, že jich se nemoc netýká. Je to nemoc „těch druhých“, kteří si to zavinili sami. Bohužel tento postoj nenáležel pouze laické veřejnosti, ale i některým lékařům. (Dvořák, 1992, s. 80-89)

V dnešní době už onemocnění překračuje hranici mezi deviantními a „normálními“ jedinci. Pocit heterosexuálů o tom, že jsou v bezpečí, je falešný. V publikaci z roku 1992 se uvádí:

„Heterosexuální přenos ve vyspělých zemích sice není dosud tak častý, v současné době představuje asi 4 % všech případů, ale zdá se, že počty takto infikovaných osob zvolna narůstají.“ (Dvořák, 1992, s. 46)

Dnes je ale díky statistickým údajům zjevné, že v České republice heterosexuálové tvoří již čtvrtinu všech nakažených (Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS, 2015). V několika posledních letech se absolutní počet nakažených heterosexuálů pohybuje okolo čtyřiceti nově diagnostikovaných případů ročně, dá se tedy hovořit o stagnování. Počet nakažených homosexuálů však přes jisté výkyvy narůstá. Charakteristika všech nakažených se mění.

Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí dlouhodobě sleduje vývoj a způsob přenosu viru HIV, díky čemuž je možné zaznamenávat změny. Vývoj v západní a východní Evropě je velmi odlišný. Zatímco v západních státech Evropy lze pozorovat mírný pokles v nárůstu nových případů, na východě počet nakažených stále stoupá. V západních zemích se virus HIV přenáší nejvíce mezi muži, kteří mají sex s muži. Naproti tomu ve východních státech je od roku 2008 nejčastější přenos mezi heterosexuály, který je hned následován do roku 2008 dominujícím přenosem mezi injekčními uživateli drog. Vývoj ve střední Evropě se spíše přiklání k trendu západní Evropy. Nejčastější způsob přenosu je homosexuální styk. Čtvrtina nakažených se infikuje heterosexuálním stykem. Přenos nákazy přes injekční stříkačku se pohybuje okolo šesti procent (European Centre for Disease Prevention and Control, 2014).

Centrum pro výzkum veřejného mínění se od roku 2011 pravidelně dotazuje české populace, zda považují výskyt HIV za problém a zda se sami obávají, že by je nákaza HIV mohla ohrozit. Z výsledků pro rok 2014 vyplývá, že pouze 14 % občanů pocítuje obavy z nákazy. V porovnání s údaji z předchozích let je patrné, že obava občanů klesla. Vyjádření obavy nezávisí na pohlaví ani na vzdělání, určitou tendenci k závislosti lze pozorovat mezi vyjádřením obavy a věkem respondentů. Starší občané se obávají méně. Centrum pro výzkum veřejného mínění bohužel nezjišťuje údaj, který by byl pro účely této práce nenahraditelný, a to sexuální orientaci respondentů. Zjišťovat tento údaj je samozřejmě z etické stránky problematické. Informace o tom, zda 14 % obávajících se

respondentů tvoří významnější počet homosexuálů či heterosexuálů, by mohla mnohé prozradit. Mohla by například dobře posloužit jako zpětná vazba pro poskytovatele preventivních programů pro určité cílové skupiny. (Kubatová & Červenka, 2014)

4.1 AIDS a homosexualita

Spojení celosvětového rozšíření HIV/AIDS s homosexualitou, která je sama o sobě velmi diskutovaným tématem, se dá označit za nešťastnou náhodu. Panika kolem AIDS homosexuální menšině k tolerantnějšímu přijetí společnosti rozhodně nepomohla. Prvním známým HIV+ člověkem byl pravděpodobně homosexuálně orientovaný Gaetan Dugas, který pracoval jako stevard a choval se dosti promiskuitně. Za svůj život vystřídal údajně 2500 partnerů. Pro svou promiskuitu a zaměstnání, které mu umožňovalo cestovat po celém světě včetně Afriky, byl Gaetan Dugas označen jako „pacient 0“. Pravděpodobně to byl on, kdo přenesl virus z Afriky do USA. (Jilich, 2014, s. 17) Virus se rychle a nevědomky šířil dál početnou gay komunitou v Los Angeles. Ačkoliv pro přenos viru HIV byly vymezeny další rizikové skupiny, pouto mezi homosexualitou a AIDS vždy bylo a stále zůstává nejvýraznější.

Pojmem „homosexualita“ se chápe citová a sexuální preference osob stejného pohlaví. Existuje velké množství výzkumů s cílem zjistit zastoupení homosexuálů v populaci. Některé výsledky uvádějí zhruba 2 %, jiné až 20 %. (Zvěřina, 2003, s. 120) Ve výsledcích se odráží otázka, co ještě není homosexualita a co už ano, a také ochota respondentů odpovědět na citlivé téma. Přiznat sobě i okolí pod tlakem „heterosexuální ve společnosti“ odlišnou orientaci nemusí být pro každého lehké. I když je dokázáno, že se homosexualita objevuje v každé kultuře, často ji provází větší či menší míra homofobie (postoj proti homosexualitě). (tamt.)

„Je známo, že většina gayů a lesbiček má alespoň v určitých obdobích života i sexuální styky s příslušníky opačného pohlaví, mnozí z nich přitom navíc nikdy své homosexuální preference v praxi nerealizují.“ (Ptáček, 2011, s. 146)

Homosexualita je stará jako lidstvo samo a po většinu času, od středověku do ještě nedávné doby, byli homosexuálové terčem nenávisti. Postoj k homosexualitě procházel a i v současnosti stále prochází vývojem. V antickém Řecku byl jistý druh mužské homosexuality otázkou společenské prestiže. S nástupem křesťanství se z homosexuality stal zločin většinou trestaný smrtí. Vážnost homosexuality jako zločinu v období celého středověku a novověku rostla a klesala, nikdy však nebyla tolerována. Na přelomu 19. a 20. století se objevily první snahy homosexualitu dekriminlizovat. (Pondělíčková, 1992, s. 105–109) Opomíjenou kapitolou dějin dvacátého století, jak píše Jiří Fanel³, je likvidace homosexuálů během druhé světové války. Nařčení z homosexuality se navíc stalo jednoduchým způsobem, jak se zbavit politických odpůrců. Po druhé světové válce se postoj společnosti k homosexualitě začal pomalu měnit k lepšímu. Od šedesátých let se především v evropských a amerických státech ruší trestnost homosexuality. Československo bylo jedním z prvních států, který tento krok zrealizoval již v roce 1961. Zároveň ale byla stanovena věková hranice, která dovolovala beztrestný homosexuální styk osobám starším osmnácti let. Styk s mladší osobou stále zůstal trestným činem. Přijetí homosexuality po právní stránce však neznamenal přijetí po společenské stránce. Ještě mnoho let poté byl tento jev společností tabuizován. Plného zrovnoprávnění se homosexuálové dočkali až v roce 1990. (Pondělíčková, 1992, s. 112) Česká společnost už tehdy zaujala vcelku tolerantní postoj k homosexuálům, pouze 2 % respondentů z celkového počtu 876 se proti ní vyhranila. Nicméně z pohledu homosexuálů vypadá toto tvrzení poněkud odlišněji. Výzkum z roku 1993 odhalil velmi dobré sebezpřijetí homosexuálů, zároveň se však objevily obavy z prozrazení. Velká většina homosexuálně orientovaných osob si byla vědoma spojení tématu HIV/AIDS a homosexualitou, které nahrává vzniku nepřátelských postojů a diskriminace. (Stehlíková, 1995, s. 69)

“... téměř dvě třetiny homosexuálně orientovaných občanů jsou přesvědčeny, že pro gaye a lesbičky je lepší, pokud o jejich sexuální orientaci nikdo z jejich okolí nic netuší.” (tamt.)

³ Kniha s názvem Gay historie od Jiřího Fanela zachycuje poněkud populární formou dějiny homosexuality. Dílo, které čerpá zejména z beletrie, korespondence a dobových záznamů, se nedá považovat za odborný text a já sama považuji některé kapitoly za velmi přehnané. Nicméně kapitola o holocaustu homosexuálů podněcuje k zamyšlení nad problematikou, o které se dosud nehovoří. Homosexuálové byli posíláni do koncentračních táborů bez ohledu na to, zda příslušeli k árijské rase či nikoliv. Vězně označené růžovým trojúhelníkem čekalo za zdmi koncentračních táborů peklo. Čelili opovržení a týrání nejen ze strany dozorců, ale i ostatních vězňů. Ocitli se na úplném dnu jakési hierarchie uvězněných. Utrpení těch, kteří přežili, neskončilo ani po válce. Na rozdíl od ostatních vězňů jim nebyla poskytnuta pomoc. Svou orientaci před veřejností již nemohli skrýt a ztratili rovnoprávné postavení ve společnosti. (Fanel, 2000, s. 307- 319)

Homosexuálové se začali emancipovat a utvořili komunitu, která vydávala vlastní tematicky zaměřené časopisy a snažila se přesvědčit ostatní homosexuálně orientované osoby, aby se nebáli ke své orientaci hlásit. Mezi činnostmi komunity byla i osvěta homosexuálů i heterosexuálů na téma HIV/AIDS, dále zakládání klubů a společenských akcí. Nejvyšším cílem, kterého komunita chtěla dosáhnout, byla legální a legitimní forma homosexuálního partnerství. Ke schválení zákona o registrovaném partnerství došlo 15. března 2006. (Seidl, 2012, s. 339-427)

4.2 AIDS a prostituce

Nabízení sexuálních služeb není samo o sobě v České republice trestné. Často ale bývá úzce spojeno s trestnými činy, jako je např. dle zákona č. 40/2009 Sb. kuplířství a mnoho dalších deliktů. Státní zdravotnický úřad vyčleňuje osoby provozující prostituci jako skupinu ve zvýšeném riziku HIV. K lednu 2015 bylo v rámci této skupiny provedeno 35 499 testů na protilátky HIV. Osoby provozující prostituci nemají povinnost testy podstoupit (tedy až na výjimky dané zákonem č. 258/2000 Sb., kdy je test povinný), jedná se tedy o dobrovolné testování. Z údajů SZÚ není jasné, zda počet provedených testů odpovídá počtu osob, které test podstoupily – jinými slovy, nemůžeme zjistit, zda některé osoby spadající do této skupiny nepodstoupily test vícekrát či tak nečiní pravidelně. Z poměrně vysokého počtu provedených testů se pouze u 21 případů potvrdila nákaza virem HIV. (Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS, 2015)

Díky údajům organizace Rozkoš bez rizika lze konstatovat, že přenos viru HIV u sexuálních pracovníků se dlouhodobě pohybuje v nízkých hodnotách.

„V roce 2013 jsme opět navýšily počet HIV testů oproti předchozím letům (3116 v roce 2012 a 3646 v roce 2013 – téměř o 17 %). ... Počet zachycených případů HIV positivity zůstává stejný – tři případy za rok. Významný rozdíl je ale ve skladbě HIV pozitivních: v roce 2013 byla HIV pozitivita diagnostikována ve dvou případech u naší cílové skupiny sexuálních pracovníků a u jednoho gaye – majitele klubu (v roce 2012 nebyla HIV pozitivita zjištěna u žádné sexuální pracovnice).“ (Rozkoš bez rizika, 2014)

Dobrý stav v této oblasti potvrzuje i bývalá ministryně pro lidská práva MUDr. Džamila Stehlíková: *„Česká republika vykazuje velmi nízkou rozšířenost HIV infekce mezi*

poskytovateli sexuálních služeb. České sexuální pracovnice jsou ve zdraví druhé ve světě, hned za Afghánistánem.“ (Stehlíková, 2013)

Stejně příznivý vývoj je vidět i v jiných rozvinutých státech. Dle mezinárodního výzkumu lze konstatovat, že relativně velké množství sexuálních pracovníků v zemích Evropy, severní Ameriky, Nového Zélandu a Austrálie používá kondom. V těchto zemích byl přenos HIV v porovnání se státy Afriky a Asie relativně malý.⁴ (Sanders, 2009, s. 46)

4.3 AIDS a užívání drog

Nadměrné užívání drog nelze považovat za pouhou společenskou odchylku od normálu. Zneužívání drog představuje závažný problém na celosvětové úrovni, který se pojí s trestnou činností. Ve znepokojivé míře se objevil v šedesátých letech v USA. Pro rozšíření drog v České republice a dalších státech střední a východní Evropy byl zlomový pád komunistického režimu a otevření hranic se západem. V devadesátých letech poptávka po drogách prudce narostla. Největší zájem byl o heroin. Dealeři a uživatelé vytvořili dobře organizovaný trh. Od 90. let narůstá počet uživatelů i kriminalita s drogami spojená. Jen preference drog se mění. (Kalina, 2003)

Úřad vlády ČR vydává od roku 2001 ročenku, ve které je sledován přibližný počet problémových uživatelů drog. Počty jsou kvůli složitosti celé problematiky odhadovány. V roce 2001 vývoj drogové problematiky v ČR kopíroval vývoj západních států. Ve velké míře bylo pozorováno rekreační užívání marihuany. Jak aktuální problém, kterému se věnovalo nejvíce pozornosti, byl považován stále nižší věk uživatelů. Ohledně užívání „tvrdších“ drog bylo vysledováno, že „...spolu s růstem oblíbenosti „taneční hudby“ stoupá počet osob, užívajících „ecstasy“ v týdenních nebo delších intervalech – i to je součástí celoevropského trendu. Počet problémových uživatelů drog (injekčních a/nebo

⁴ „McKeganey and Barnard (1996), reviewing international studies, found relatively high levels of condom use amongst sex workers in many European countries, including the UK, as well as parts of North America, New Zealand and Australia. The rates of HIV transmission were also relatively low in these countries compared with parts of Africa and Asia...”

dlouhodobých uživatelů opiátů, amfetaminových drog a/nebo kokainu) je stabilní – neroste – a pohybuje se kolem 37 500 osob. V posledních dvou až třech letech ale dochází k přelévání mezi jednotlivými typy drog – stoupá míra užívání heroinu „na úkor“ pervitinu.“ (Zábranský, 2002)

Do roku 2005 nedošlo k žádným dramatickým změnám. První příčky nejčastějšího užívání stále obsazovaly marihuana a extáze. Počet problémových uživatelů byl hodnocen jako stagnující a odhadoval se na 32 tisíc. (Mravčík, 2006)

O dalších pět let později už počet problémových uživatelů stoupl na přibližně 39 200. (Mravčík, 2011) Situace za rok 2013 je popsána následovně:

„V r. 2013 bylo v ČR odhadnuto přibližně 44,9 tis. problémových uživatelů drog (PUD), z toho bylo 34,2 tis. uživatelů pervitinu, 3,5 tis. heroinu a 7,2 tis. uživatelů buprenorfinu (celkem tedy 10,7 tis. uživatelů opiátů/opioidů). Počet injekčních uživatelů drog (IUD) byl odhadnut na 42,7 tis. Odhadovaný počet problémových uživatelů drog se v r. 2013 meziročně zvýšil o 8,7 %. Statisticky významné změny lze pozorovat u počtu uživatelů opiátů/opioidů, kde opět došlo ke snížení u heroinu a ke zvýšení u buprenorfinu. U uživatelů pervitinu došlo k významnému nárůstu jejich počtu“ (Mravčík, 2014)

Existuje celá řada protidrogových programů na mezinárodní i národní úrovni, včetně činnosti nestátních organizací. Aktuální strategie boje proti drogám v Evropské unii má čtyři podoby: represí, primární prevenci, léčbu a resocializaci a přístup „harm reduction“. (Kalina, 2003, s. 21) Právě poslední uvedená strategie se ukazuje jako účinná a prozatím jediná prevence přenosu viru HIV mezi uživateli drog. Programy „harm reduction“ neboli snižování poškození jsou všeobecně používány v různých oborech. Konkrétní programy snižování poškození drogami jsou stanoveny tak, aby vycházely vstříc uživatelům bez kladení požadavků či podmínek, které by uživatel musel plnit. Uživatelé mohou vyměnit použité injekční stříkačky za nové, jsou jim poskytnuty desinfekční prostředky, kondomy a jiný materiál, mohou využít bezplatnou lékařskou péči a poradenství. (tamt.) Cílem takových aktivit je „stabilizovat zdravotní a sociální stav uživatele a zabránit často smrtelným rizikům nebo kriminalizaci.“ (tamt., s. 19) Jinými slovy je vyvíjena snaha zabránit šíření nemocí (hepatitida a HIV) a zároveň zamezit přenosu nemocí do celé populace. Přístup „harm reduction“ má mnoho odpůrců a v určitých ohledech balancuje na hraně zákona. Na první pohled tento program působí jako napomáhání k závislosti.

Avšak jak se po zhodnocení uplynulých let ukázalo, programy „harm reduction“ jsou efektivní hned v několika směrech. Prvním příkladem jsou ušetřené náklady za případnou léčbu. Dále se prokazatelně snížilo riziko nákazy virem HIV mezi uživateli. Dalším pozitivním efektem plynoucí z programů „harm reduction“ je vyšší motivovanost uživatelů podstoupit léčbu. Zároveň nikdy nebyl v praxi upozorován hlavní argument odpůrců programu, a to že by poskytování injekcí vedlo k častějšímu užívání drog. (Mravčík, 2004, s. 47)

Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, Státní zdravotnický úřad ve statistikách za celých třicet let existence nemoci uvádí 95 případů HIV+ uživatelů drog a 51 pacientů, kteří spadají do kategorie homosexuálních či bisexuálních uživatelů drog. V součtu představují pouhých 6 % všech HIV+ občanů. „V r. 2013 přetrvávala relativně příznivá situace ve výskytu infekcí mezi uživateli drog. Nově bylo identifikováno 6 HIV pozitivních osob, u kterých došlo k nákaze injekčním užíváním drog. Promořenost HIV mezi IUD je v ČR stále pod 1 %.“ (Mravčík, 2014, s. 5) Přesto však přední český sexuolog MUDr. Jaroslav Zvěřina CSc. ve své publikaci (2003) označil narkomany užívající drogy nitrožilně za nejrizikovější skupinu současnosti. Ačkoliv jsou výsledky příznivé, nesmíme podcenit možnost nárůstu.

První podmínkou rizikovosti této skupiny z pohledu přenosu HIV jsou rysy chování a přístup k preventivním programům. Drogově závislí tvoří uzavřenou subkulturu s úzkými vztahy a specifickými zvyky. Navzájem si půjčují použité jehly a sami se tak vystavují nákaze vážnými nemocemi. O preventivní programy od státních institucí jednoduše nejeví zájem. Jedinou, alespoň trochu funkční, variantou prevence je výměna použitých jehel na nové (viz kapitola 3). (Zvěřina, 2003, s. 264 - 265)

Druhým aktuálním problémem je drogová situace na Ukrajině a dalších zemích východní Evropy ve spojitosti s migrací do České republiky. Na území ČR je momentálně evidováno přes 100 000 cizinců ukrajinské národnosti s trvalým nebo přechodným pobytem. (Ministerstvo vnitra, 2015) Stav HIV infekce na Ukrajině je již popsán výše. Další početnou skupinu tvoří Rusové. Rusko je podle Světové zdravotnické organizace země s nejvyšším počtem

HIV+ osob. Nevymyká se modelu celé východní Evropy: infekce HIV se týká z drtivé většiny heterosexuálů a uvádí se i vysoké procento nakažených skrze injekční stříkačky – až 40 %. (World Health Organization, 2013)

5. Dotazníková šetření na téma AIDS

5.1. Porovnání starších výzkumů

5.1.1. Výzkumy do roku 2005

První výzkum veřejného mínění na téma AIDS u nás proběhl na přelomu 80. a 90. let. Ukázalo se, že veřejnost byla v té době velmi dobře informována o způsobech přenosu, ale neubránila se přijetí předsudků a určitému zkreslení faktů. „*Analýza výpovědi velkého počtu dotázaných osob z našeho výzkumu... umožnila vyčlenit pět hlavních obrazů choroby AIDS.*“ (Dvořák, 1992, s. 100) Polovina respondentů považovala AIDS za čistě zdravotnické téma a nespojovala ho se společenskými problémy. Hlavní pro ně bylo zdraví jejich blízkých. Kladli důraz na prevenci, zejména na sexuální zdrženlivost, nebránili se povinnému zavedení testů.

Zbylá polovina respondentů tvořila čtyři více či méně radikalizované skupiny a jejich vnímání problematiky AIDS ovlivnily vlastní představy a emoce. Druhá nejzastoupenější skupina si byla rovněž vědoma nebezpečnosti AIDS a důležitosti prevence, ale zastávala takový názor, že by se měly ze společnosti izolovat „*osoby představující riziko*“ a že nakažení si za svou situaci mohou sami. Třetí skupina nemoc AIDS velmi zlehčovala. Brala problematiku jako něco, co se jich osobně nedotýká, a věřila, že bude brzy

vynalezen lék. Poslední skupina, přibližně 6 % respondentů, zastávala postoj silně netolerantní a za „lék proti AIDS“ považovala morálku. (Dvořák, 1992, s. 99- 110)

Dalším výzkumem zaměřeným na HIV/AIDS problematiku je již zmiňovaný Výzkum sexuálního chování homosexuálně orientovaných osob, který byl realizován v roce 1993. Data byla sebrána pomocí dotazníků otištěných v časopise Soho revue. Výzkumu se účastnilo 1009 čtenářů. 801 mužů a 26 žen se označilo jako homosexuálně orientované, 156 mužů a 10 žen uvedlo bisexuální orientaci. Zbytek souboru tvořili čtyři heterosexuální muži, tři heterosexuální ženy, šest transsexuálních mužů a tři transsexuální ženy. Vzorek nelze považovat za reprezentativní, a to z několika důvodů. Mimo skutečnost, že respondenti jsou čtenáři úzce zaměřeného časopisu, ani další rozdělení neodpovídalo celé populaci. Nejzastoupenější věkovou kategorií byla kategorie 25-29 let. Více než třetina respondentů pocházela z obce s počtem obyvatel nad 200 000. Vzorek respondentů tvořilo 29 % osob vyučených nebo se základním vzděláním, 42 % středoškolsky vzdělaných osob a 29 % vysokoškolsky vzdělaných. (Stehlíková, 1995, str. 25-27) Výzkum sledoval znalosti, postoje a sexuální chování respondentů. Dotazníky obsahovaly výroky, u nichž měli respondenti rozhodnout o jejich správnosti.

Znalosti respondentů byly ohodnoceny jako „celkem dobré“, avšak jen v určitém směru. „... respondenti měli uspokojivé znalosti pouze o biologických a medicínských aspektech HIV/AIDS, včetně způsobu diagnostiky a léčby tohoto onemocnění. Znalosti z oblastí epidemiologie, způsobu přenosu a způsobů prevence HIV infekce jsou na podstatně nižší úrovni a jsou spojeny s řadou falešně pozitivních mylných názorů a neopodstatněných obav.“ (Stehlíková, 1995, s. 53) Nejlépe informovanou skupinou byli homosexuálně orientovaní muži, naopak nejmenší znalosti o HIV/ AIDS měly homosexuálně orientované ženy. V šetření se ukázalo, že i do české společnosti se dostaly chybné informace o přenosu viru HIV, například kontakt se slinami, slzami nebo přenos hmyzem atd. (tamtéž, s. 39)

Ve vyjádření respondentů k jejich postojům o tématu HIV/AIDS vznikla jistá rozporuplnost. V otázce, zda by pomáhali někomu z jejich přátel, kdyby se virem HIV nakazil, zvolilo 93 % respondentů odpověď ANO. 53 % respondentů odmítlo rozchod s HIV pozitivním partnerem. Z těchto odpovědí by se dala usuzovat velká míra tolerance k HIV+ osobám. Míra tolerance ale klesla, jakmile se položily otázky o cizích osobách. Polovina respondentů souhlasila s tvrzením, že za šíření HIV jsou odpovědní cizinci a že

by měli při vstupu do ČR předložit potvrzení o svém zdravotním stavu. Kdo by očekával, že je homosexuální komunita za všech okolností semknutá a tolerantní, bude nejspíš překvapen tímto zjištěním:

„ Jedinci s homosexuální orientací velmi často sdílí všeobecně rozšířené negativní postoje vůči HIV pozitivním osobám, které si podle těchto názorů samy „zavinily svoji nemoc...“ (Stehlíková, 1993, s. 80)

Celkově byl postoj spíše rezervovaný až netolerantní, a to zejména u žen. U respondentů, především u starších, se vyskytovaly iracionální obavy. *„Přestože existuje jistá korelace mezi znalostmi o HIV infekci a bezpečnějším sexuálním chováním, tyto rozdíly však jsou jen málo významné.“ (Stehlíková, str. 130)*

Podobný výzkum byl realizován a vydán sdružením ČSAP v letech 2003 - 2005. Stejně jako v předchozím výzkumu byl otištěn dotazník v časopise určeném pro gay komunitu, k tomu byl navíc zveřejněn na internetových stránkách zaměřených rovněž na homosexuální muže. Téměř všichni respondenti zvolili elektronickou formu dotazníku. Opět nelze hovořit o reprezentativním vzorku. Vzorek tvořilo 774 respondentů. Všichni respondenti byli muži, 79 % se považovalo za homosexuálně orientované, 17 % se označilo za bisexuály a 3 % respondentů byli heterosexuálové. 40 % respondentů spadalo do věkové kategorie 20 – 24 let. Více než polovinu vzorku tvořili respondenti se středoškolským vzděláním. Nejvíce respondentů žilo v Praze (41 %) nebo v jiném krajském městě (32 %). V novém výzkumu přibyla otázka, zda respondent zná svůj HIV stav: čtyři respondenti uvedli, že jsou HIV pozitivní, 62 % uvedlo, že jsou HIV negativní a 37 % respondentů zvolilo možnost „nevím“. (Procházka, 2005, s. 4)

Ve výzkumu z roku 2003 byly použity některé výroky stejné jako ve výzkumu z roku 1993, proto je možné porovnat vývoj znalostí respondentů v čase. Vzájemné porovnání těchto výroků přineslo nelichotivé zjištění, že informovanost o problematice HIV/AIDS klesá. Kvůli nízké reprezentativitě vzorku není na místě vyvozovat závěry ani hledat příčiny poklesu informovanosti. Některé poznatky jsou však platné pro oba výzkumy: Respondenti jsou dobře informováni jen v některých okruzích tématu, jejich znalosti nejsou ucelené. Správnost odpovědí je závislá na vzdělání respondentů a na uvedené sexuální orientaci. Vysokoškolsky vzdělaní a homosexuálové odpovídali obecně lépe. (Stehlíková, 1995, Procházka, 2005)

Výzkum z roku 2003 sice ztrácí v oblasti znalostí, ale zato přináší příznivější zprávy v oblasti postojů k HIV+ osobám. V odpovědích respondentů je patrná tendence ustupovat od restriktivních opatření proti HIV pozitivním osobám. Celkový postoj však stále zůstává poměrně rezervovaný. (Procházka, 2005, s. 20)

5.1.2. EMIS 2010

V roce 2010 se Česká republika podílela s dalšími 37 zeměmi na výzkumu EMIS (The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey). Výzkum byl zaměřen na homosexuální chování, téma znalostí o HIV a pohlavně přenosných nemocech a postojích k této problematice je jeho součástí. I v tomto výzkumu tvořili většinu respondentů homosexuálně orientovaní muži. V celkovém vzorku ze všech zúčastněných zemí bylo 72 % homosexuálů. V souboru českých respondentů tvořili homosexuálové 80 %. (EMIS, 2013, s. 37) Výzkum byl velmi obsáhlý, proto přejdu rovnou k interpretaci částí o stigmatu a znalostech.

Výzkumníci přikládali tématu stigmatizace velkou důležitost, neboť podle nich může mít stigmatizace přímý vliv na mortalitu. Respondentům bylo předloženo jedenáct výroků, u nichž měli na pětibodové škále uvést, v jaké míře se danými situacemi setkali. Ve všech evropských regionech byl nejvíce označován výrok „Slyšel jsem útočné nářky na HIV pozitivní osoby od ostatních lidí nebo z médií.“, se kterým se respondenti setkávali často. Druhým nejčastějším stigmatem je sexuální vyhýbání. Sociální vyhýbání respondenti zaznamenávali spíše zřídka. Nejlépe dopadl výrok o odpírání lékařské péče, se kterou se respondenti nikdy nesetkali, a pokud ano, tak pouze výjimečně. Nejméně stigmatizující zemí bylo Nizozemsko, naopak nejvyšší skóre získala Ukrajina. Česká republika dopadla vcelku příznivě, celková hodnota stigmatizace patřila mezi ty nižší. Nejvíce problematickými okruhy, u kterých hodnoty pro Českou republiku převyšují medián, byly zaslechnutí útočných nářeků na HIV pozitivní osoby, obavy z reakce společnosti a fyzické násilí na homosexuálech. Neobjevila se žádná forma stigmatizace, která by nějak výrazně vyčnívala. (Emis, 2013, s. 165-175)

Výzkum dále zjišťoval znalosti o HIV a jiných pohlavních chorobách. Otázky byly formulovány tak, aby zjišťovaly informovanost a zároveň respondenty poučily. Všechny

výroky byly pravdivé. Respondenti tedy neměli za úkol odhadnout správnost výroku, jak tomu bylo u českých dotazníků, ale měli odpovědět, zda informaci „už věděli“, „nebyli si jisti“, „nevěděli to“, „nerozuměli tomu“ nebo tomu „nevěřili“. Celkové vědomostní skóre pro Českou republiku bylo lehce podprůměrné. Znalosti českých respondentů o testování HIV byly obstojné, znalosti o způsobech přenosu získaly hodnotu těsně pod hodnotou mediánu. Jako velká mezera ve znalostech se ukázaly další pohlavně přenosné choroby.

Na správnost znalostí všech zemí mělo vliv několik faktorů, tím nejvýraznějším bylo obeznámení se svým HIV statusem. Osoby, které podstoupily testování na HIV protilátky, mají obecně větší znalosti než osoby, které test nikdy nepodstoupily. Kromě toho znalosti závisely na věku, vzdělání, na velikosti bydliště a na identifikaci se svou sexuální orientací. (tamt., s. 179-186)

5.1.3. Art for life 2011

V roce 2011 zorganizovalo občanské sdružení Art for life, které se věnuje prevenci a obecně lepší informovanosti české veřejnosti na téma HIV/AIDS, výzkum mapující postoj k nemoci jako takové a povědomí o způsobech přenosu a prevenci. Výzkum byl realizován metodou osobních rozhovorů za pomoci standardizovaného dotazníku. Zúčastnilo se ho 1115 respondentů a jednalo se reprezentativní vzorek, který odpovídá celé populaci. Výzkum přinesl tyto závěry:

Více než polovina respondentů věděla, že počet osob nově nakažených virem HIV roste. Přes 80 % respondentů osobně nepovažuje nákazu virem HIV za hrozbu. Téměř tři čtvrtiny respondentů by neměly problém s požádáním lékaře o test na HIV protilátky. Možnost přenosu viru polibkem vyvrátilo 78 % respondentů. Drtivá většina věděla, že hormonální antikoncepce se nedá považovat za ochranu před nákazou. Také odpověď na otázku, zda je možné AIDS vyléčit, nedělala respondentům potíže. Jako nejsložitější úkol byl odhad doby, během které lze spolehlivě prokázat přítomnost viru HIV v těle. Správnou odpověď určila pouze desetina. (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2011)

Sdružení Art for life mi poskytlo sebraná data k další analýze. Pouze 55 respondentů dokázalo zcela správně zodpovědět otázky zaměřené na znalosti (konkrétně otázky č. HA.

1, HA. 5, HA. 6, HA. 7 a HA. 8). Když se nebere v potaz poslední nejproblematictější otázka na odhad inkubační doby viru, zcela správně odpověděla třetina respondentů. Mezi správností odpovědí a věkem existuje slabá tendence k závislosti, do této úspěšné třetiny spíše patří respondenti z věkové kategorie 30-44 let, naopak nejmenší úspěšnost je zaznamenána pro věkovou kategorii 60 let a více. Závislost úspěšnosti odpovědí na vzdělání už je o něco výraznější, zcela správně častěji odpovídali lidé s maturitou či vysokoškolským vzděláním. Správnost odpovědí není závislá na pohlaví.

Dotazník sdružení Art for life nebyl zdaleka tak podrobný jako jeho starší předchůdci. Postihl stejné oblasti, jimiž jsou znalosti, postoje i sexuální chování, ačkoli v obecnější míře. Na rozdíl od předchozích nereprezentativních výzkumů však přináší závěry aplikovatelné na celou českou populaci. Česká společnost je s problematikou poměrně dobře obeznámena, nepotvrdil se trend poklesu informovanosti, který se projevil ve výzkumu z roku 2003.

5.2. Vlastní výzkum

Pro získání aktuálního stavu znalostí a postojů k problematice HIV/AIDS jsem se rozhodla po vzoru předchozích výzkumů provést vlastní dotazníkové šetření. Výzkum byl zacílen na věkovou kategorii 15-24 let. Při určení této konkrétní věkové kategorie jsem se inspirovala programy prevence HIV/AIDS, které se na stejnou věkovou kategorii zaměřují. „Kolektivy mladých osob“ a mládež obecně je definována v národním programu Ministerstva zdravotnictví jako riziková skupina. V tomto věku začínají být lidé sexuálně aktivní. Počet osob, které se nakazí virem HIV ještě před 24. rokem, není zanedbatelný. Věk 24 let se podle statistických dat jeví v počtu nakažených osob jako zlomový.

Dotazník vyplnilo 200 respondentů. Všichni respondenti jsou studenti a absolventi dvou vybraných pražských škol, víceletého gymnázia a vyšší odborné školy. Více zastoupená věková kategorie 15-19 let čítá 128 respondentů, z toho 76 žen a 52 mužů. Těmto respondentům byl předložen dotazník v papírové podobě během školní výuky, což

zajistilo vysokou návratnost dotazníků. Absolventům gymnázia a studentům vyšší odborné školy z věkové kategorie 20-24 let byla poskytnuta totožná elektronická forma dotazníků. Dotazník vyplnilo 17 mužů a 55 žen. U této věkové skupiny se naopak ukázala velmi nízká návratnost. Vzhledem k nízkému počtu respondentů a zaměření na určitou věkovou skupinu se výzkum nedá považovat za reprezentativní.

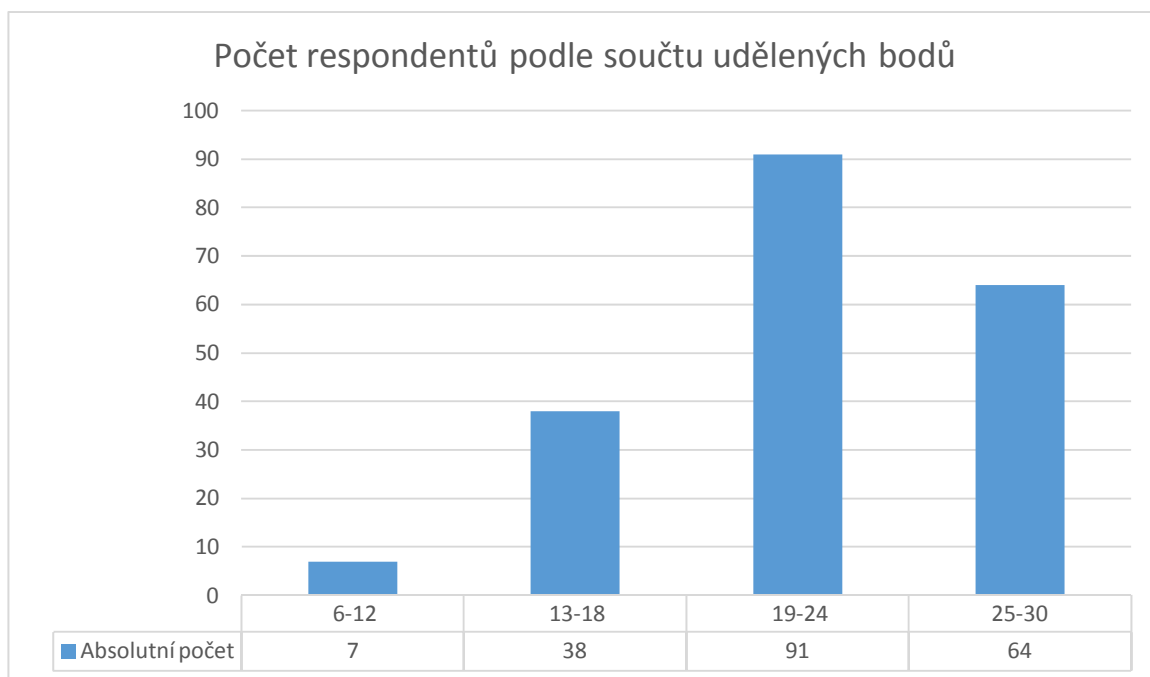
Přednášky na téma prevence proti AIDS se zúčastnilo 121 respondentů. Ze zbylých 79 respondentů by jich 50 mělo o takovou přednášku zájem. Sedmnáct respondentů zná ve svém okolí někoho, kdo je HIV pozitivní.

Dotazník je rozdělen do tří okruhů. Na začátku je dán respondentům prostor, aby popsali, co se jim vybaví, když se řekne „HIV pozitivní člověk“. Druhý okruh otázek je zaměřen na postoje k HIV pozitivním lidem a třetí je věnován znalostem o HIV a AIDS.

Smyslem první otázky bylo odhalení prvotních asociací a pocitů respondentů. Otázka byla zpracována metodou obsahové analýzy. Ženy byly mnohem sdílnější než muži. Nejvíce zastoupeným názorem, který sdílí 85 respondentů, je, že HIV pozitivní člověk vypadá zcela normálně, nemá žádné typické rysy. Druhou nejčastější asociací, kterou uvedlo 41 respondentů, je promiskuita. 39 respondentů spojuje HIV pozitivitu s užíváním drog. Homosexualitu zmínilo 21 respondentů. Respondenti často popisovali fyzický stav HIV pozitivního člověka, jako je tělesná slabost, vyhublost, bledost. Dvacet respondentů vyjádřilo názor, že HIV pozitivní člověk je smolař a k nákaze přijde omylem. Dále se v této otázce objevovaly pojmy jako smutek, smrt, neléčitelnost, neopatrnost, prostituce nebo deprese.

5.2.1. Postojová část

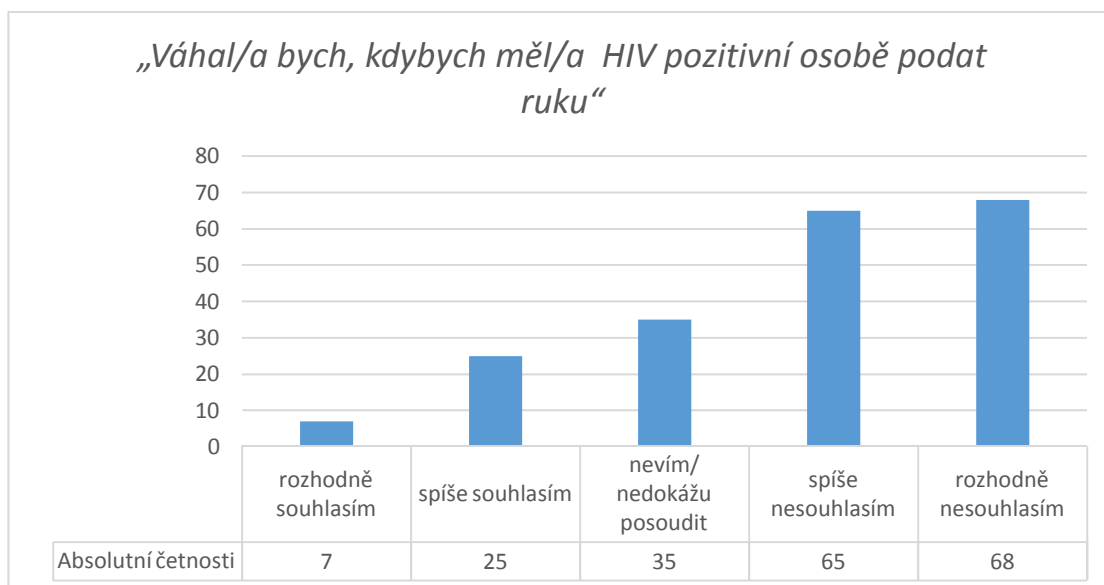
Druhý okruh otázek, který zjišťuje postoje, byl vyhodnocen pomocí Likertovy škály. Respondentům byla předložena baterie výroků, u kterých měli na škále 1-5 uvést míru svého souhlasu. Možnost 1 značila maximální souhlas, možnost 5 pak nesouhlas. Výroky byly formulovány tak, aby nižší hodnocení značilo netoleranci HIV+ osob, naopak udílení vyšších hodnot značilo tolerantní postoj k HIV+ osobám.



Graf 3: Zobrazení celkového součtu udělených bodů. Nejnížší možný součet udělených bodů, které mohli respondenti udělit, je 6, nejvyšší 30. N=200.

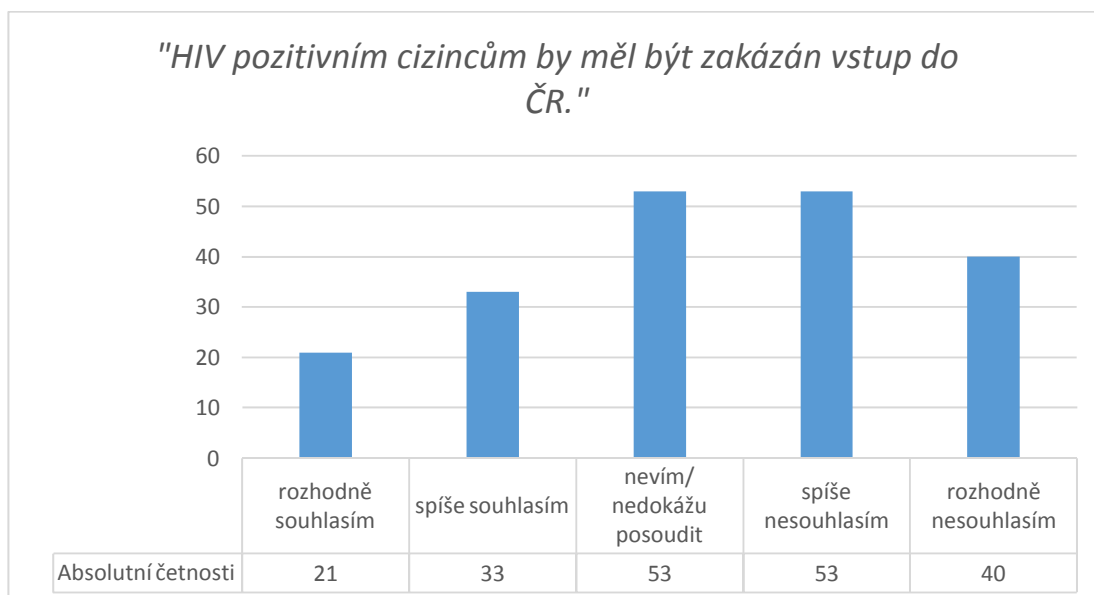
Graf 3 ukazuje, že většina respondentů udělovala výroky vyšší ohodnocení, z čehož vyplývá, že mají tendenci vyjadřovat tolerantní postoje k problematice HIV/AIDS.

S výrokem „*Váhal/a bych, kdybych měl/a HIV pozitivní osobě podat ruku*“ vyjádřilo určitou míru souhlasu 16 % respondentů, 66 % respondentů s výrokem nesouhlasí. Nejčastějším hodnocením je varianta „rozhodně nesouhlasím. V tomto ohledu lze respondenty považovat za velmi tolerantní.



Graf 4. N=200

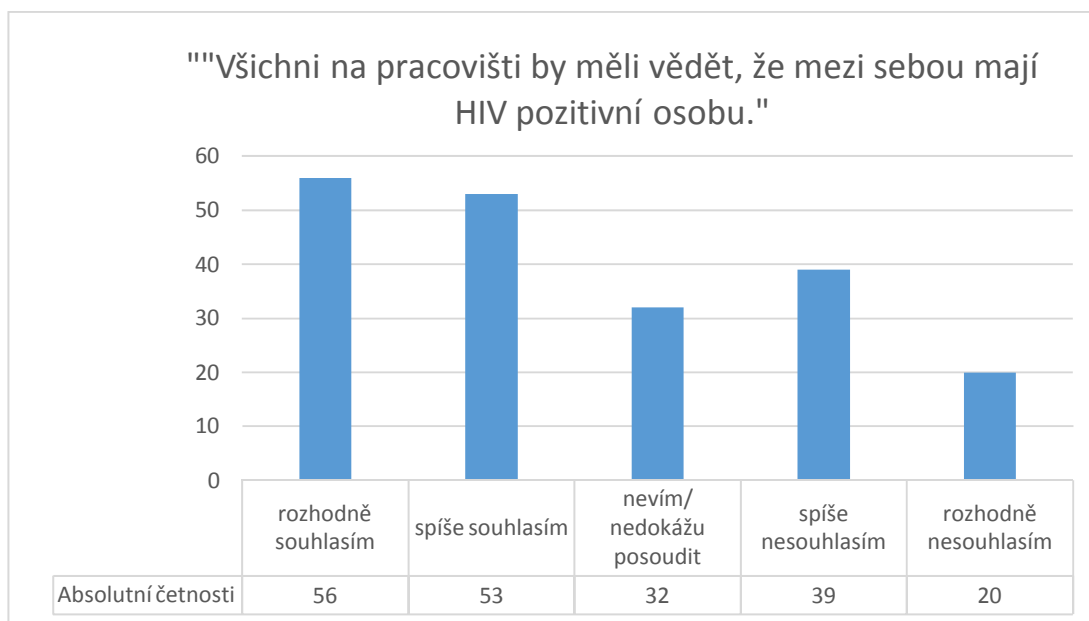
U dalšího výroku týkajícího se vstupu HIV pozitivních cizinců do České republiky však míra tolerance klesá. V grafu 5 je vidět, že více než čtvrtina respondentů s výrokem souhlasí.



Graf 5: N=200

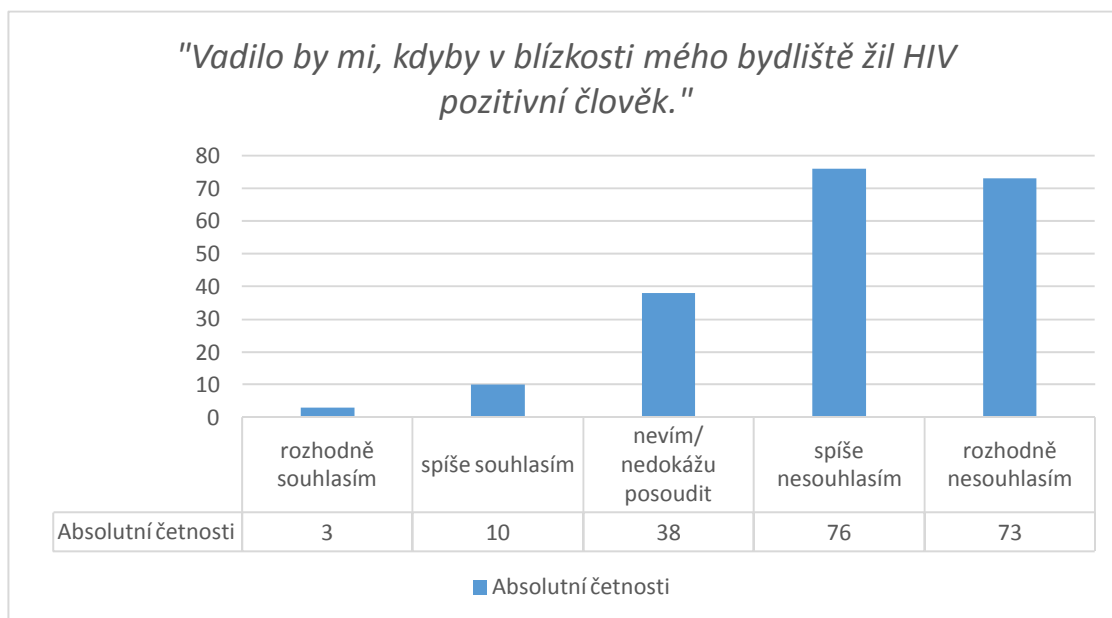
Výrok, se kterým souhlasí největší část respondentů, se týká pracovního prostředí. Nejvíce respondentů rozhodně souhlasí s tím, že by všichni na stejném pracovišti měli

vědět, že mezi nimi pracuje i HIV pozitivní osoba. Celkově se k souhlasu s tímto výrokem hlásí více než polovina všech respondentů.



Graf 6: N=200

Vysoce tolerantní postoj je patrný u otázky bydlení v blízkosti HIV pozitivní osoby. Pouze 5 % respondentů by vadilo žít v blízkosti HIV+ osoby, tři čtvrtiny respondentů nepovažuje blízkost bydliště za problematický jev.

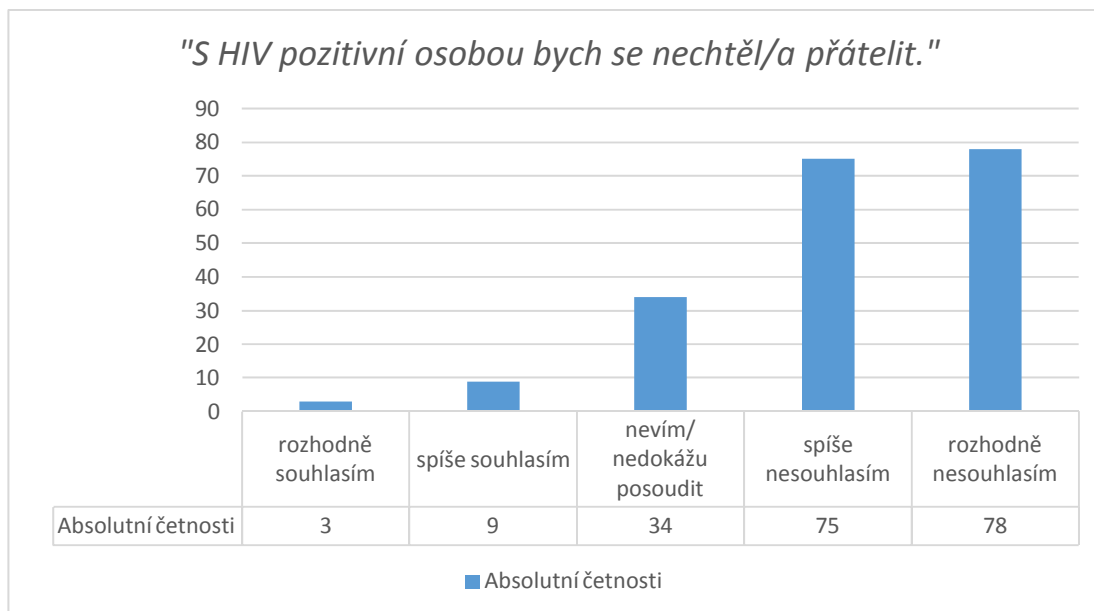


Graf

7:

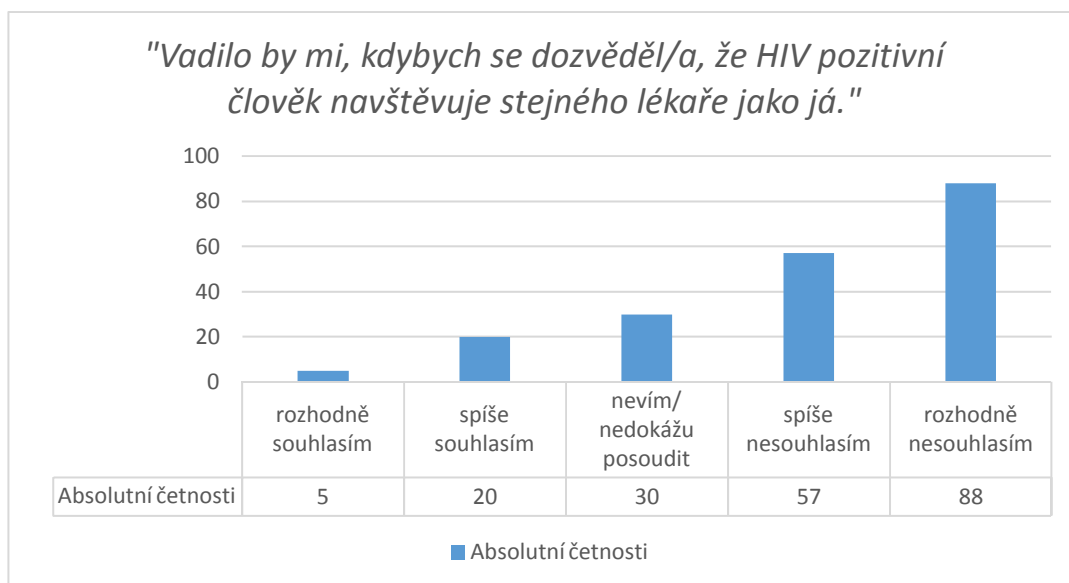
N=200

Přátelství s HIV+ osobou by se přičilo 12 respondentům, téměř 80 % respondentů se k přátelství staví velmi tolerantně. Jednoznačnost odpovědí ukazuje oblast přátelských vztahů jako nejvíce tolerovanou ze všech oblastí.



Graf 8: N=199

S posledním výrokem rozhodně nesouhlasí téměř polovina respondentů. Situace, že by respondent měl navštěvovat lékaře, který ošetřuje i HIV pozitivního pacienta, vadí 12 % respondentům. 72 % respondentů se ke sdílení lékaře s HIV pozitivní osobou staví tolerantně.



Graf 9: N=200

Při zpracovávání škály byly vyřazeny výroky „Necítím se ohrožen/a nákazou HIV“ a „Myslím si, že jsem o této problematice dostatečně informovaný/á“. V těchto případech nelze určit, zda hodnocení respondentů označuje tolerantní či netolerantní postoj, ale spíše uvědomění či lhostejnost k riziku. K výroků se respondenti vyjádřili následovně:

V případě posouzení své informovanosti se téměř polovina respondentů rozhodla pro možnost „spíše souhlasím. S výrokem „necítím se ohrožen/a nákazou HIV“ souhlasí téměř 70 % respondentů. Ohrožení virem HIV pociťuje asi pětina všech respondentů. Nevýhodou tohoto výroku je, že z hodnocení respondentů nejde poznat, zda se necítí být ohrožení kvůli toleranci této problematiky či kvůli lhostejnosti nebo kvůli tomu, že si riziko osobně nepřipouští. Výsledek odpovídá zjištění výše uvedeného výzkumu CVVM, kde obavu před virem vyjádřilo 14 % respondentů. Nabízí se možnost nalézt vztah mezi obavou z nákazy a ostatními volbami.

Nulovou hypotézu o nezávislosti obavy z viru HIV a ostatních postojových výroků nelze vyvrátit. Při použití kontingenčních tabulek a chi-square testu bránila vyvrácení hypotézy nedostatečná obsazenost tabulek nebo příliš vysoká hodnota signifikance. Ani pohlaví se neukázalo jako určující faktor. Středně silná tendence k závislosti se projevuje u věku. Vyšší věková kategorie častěji volí nesouhlas s výrokem. Nižší věková kategorie má spíše sklony volit možnost „nevím“. Skutečnost, zda respondent zná ve svém okolí HIV

pozitivní osobu, nemá vliv na pocit ohrožení z nákazy virem. Rovněž absolvování přednášky o prevenci proti HIV/AIDS neovlivňuje pocit ohrožení.⁵

5.2.2. Shrnutí postojové části

Respondenti se staví k problematice HIV+ osob překvapivě tolerantně. Přetrvává trend, který se objevil i ve starších publikovaných výzkumech, a to že respondenti reagují jinak na situaci kolem svých přátel a známých a jinak na cizí HIV+ osoby. Dotazník ale neodhalil téma, které by bylo vysloveně problematické. Jako nejcitlivější téma se pro respondenty ukázalo prostředí pracoviště. Více než polovina respondentů by chtěla být informována o tom, že někdo z jejich spolupracovníků je HIV pozitivní. Avšak vzhledem k ostatním výsledkům se lze domnívat, že by tato informovanost nemusela nutně vést ke stigmatizaci onoho pracovníka. Postoje mužů a žen se od sebe nijak významně neliší. Při použití chi-square testu se u některých výroků objevují jen nepatrné rozdíly mezi muži a ženami, navíc hladina významnosti ve všech případech dosahuje natolik vysokých hodnot, že hypotézy o nezávislosti není možné spolehlivě vyvrátit. Při hledání vztahu mezi volenými odpověďmi a účastí na přednášce věnované prevenci HIV/AIDS se objevila silná tendence k závislosti pouze u výroku „Vadilo by mi, kdybych měl/a HIV pozitivní osobě podat ruku“. Respondenti, kteří absolvovali přednášku, striktně odmítají souhlas s výrokem a velice často volí možnost rozhodně nesouhlasit. U ostatních výroků buď koeficient kontingence nabývá nízkých hodnot, nebo není možné spolehlivě zamítnout nulovou hypotézu o nezávislosti těchto dvou znaků.

Můžeme ale polemizovat nad závislostí postoje a věku. U většiny výroků existuje středně silná tendence k závislosti mezi věkem a postojem k výroku. Závislost má dokonce stejnou podobu. Vyšší věková kategorie se častěji přiklání k možnosti „rozhodně nesouhlasím“, nejméně častěji vybírá možnost „nevím/ nedokážu posoudit“. Nižší věková kategorie oproti tomu výrazně častěji volí možnost „nevím/ nedokážu posoudit“ a nesouhlasu se zdaleka vyhýbá. Pouze u výroku „Všichni na pracovišti by měli vědět, že mezi sebou mají HIV pozitivní osobu.“ se u nižší věkové kategorie projevuje silná tendence k souhlasu. U vyšší věkové kategorie zůstává volba nesouhlasu s výrokem. S ohledem na výsledky lze tvrdit, že vyšší věková kategorie je k HIV+ lidem mnohem

⁵ Konkrétní hodnoty viz příloha 3.

tolerantnější. Je nutné upozornit, že k závěrům došlo po sloučení možností „určitě a spíše souhlasím“ a „určitě a spíše nesouhlasím“, aby mohl být použit chi-square test.⁶

5.2.3. Znalostní část

Okruh znalostí tvořily dvě otázky. U jedné měli respondenti z nabídky vybrat způsoby přenosu viru HIV, které považovali za správné. Druhá otázka opět obsahovala výroky, z nichž některé byly pravdivé a jiné nepravdivé, a respondenti měli vyjádřit souhlas či nesouhlas.

Z uvedených možností byly čtyři správné – pohlavní styk, kontakt s krví, přenos z matky na dítě a použitím stejné injekční jehly. Nesprávné varianty byly: kýchnutí, polibek, kontakt s pokožkou, kousnutí hmyzem, použití stejného běžného předmětu (hrnek, propiska,...), použití stejného ručníku nebo zubního kartáčku. Absolutní počty správných a nesprávných či opomenutých odpovědí jsou znázorněny v tabulce 1.

Možnosti	Počet správných odpovědí	Počet nesprávných odpovědí
Pohlavní styk	196	4
Kontakt s krví	190	10
Použití stejné injekční jehly	185	15
Přenos z matky na dítě	182	18
Kousnutí od svého hmyzu	169	31
Polibek	171	29
Použití stejného zubního kartáčku nebo osušky	178	22
Použití stejného předmětu (hrnek, propiska)	193	7
Kýchnutí	195	5
Kontakt s pokožkou	198	2

Tabulka 1: Absolutní počty označení uvedených možností. N=200

⁶ Konkrétní hodnoty viz příloha 2.

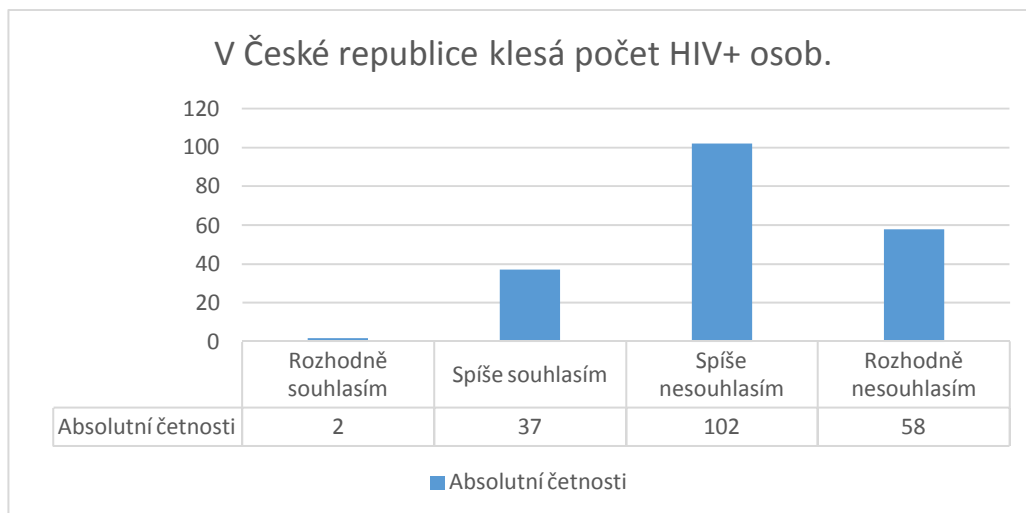
Kousnutí od svého hmyzu byla možnost, se kterou si byli respondenti nejméně jistí – pětina respondentů ji pokládá za pravdivou. Použití stejného předmětu bezprostředně poté, co jej použil HIV pozitivní člověk, získalo kupodivu více bodů než samotný kontakt s pokožkou. Dobrou zprávou je, že 114 respondentů dokázalo zcela správně určit správné možnosti. Mezi těmito respondenty převládají ti z vyšší věkové kategorie. Dvě třetiny všech respondentů z vyšší věkové kategorie označilo správné způsoby přenosu, u nižší věkové kategorie to zvládl zhruba každý druhý respondent. Skóre žen a mužů se od sebe téměř neliší.⁷

Druhá znalostní otázka předkládala výroky, z nichž byly pravdivé "za rok 2014 přibýlo v ČR asi 250 nově nakažených.", „nemoc má zpočátku stejné příznaky jako chřipka", „Virus HIV je velmi citlivý k vnějšímu prostředí, mimo tělo hostitele snadno zanikne.", „AIDS nelze vyléčit“. Ve škále nebyla zahrnuta možnost "nevím", aby si respondenti museli alespoň tipnout.

Respondenti celkově odhadli správnost všech výroků, avšak četnost možností "spíše souhlasím" a "spíše nesouhlasím" ukazuje, že respondenti si ve většině případů nejsou svými odpověďmi jistí. Při zpracovávání odpovědí byl kromě absolutních a relativních četností sledován modus a aritmetický průměr. V ideálním případě, kdyby všichni respondenti odpověděli správně, by aritmetický průměr měl hodnotu 1,00 nebo 4,00. U výroků průměrné hodnoty poslouží jako ukazatelé vzdálenosti od hodnot 1 a 4.

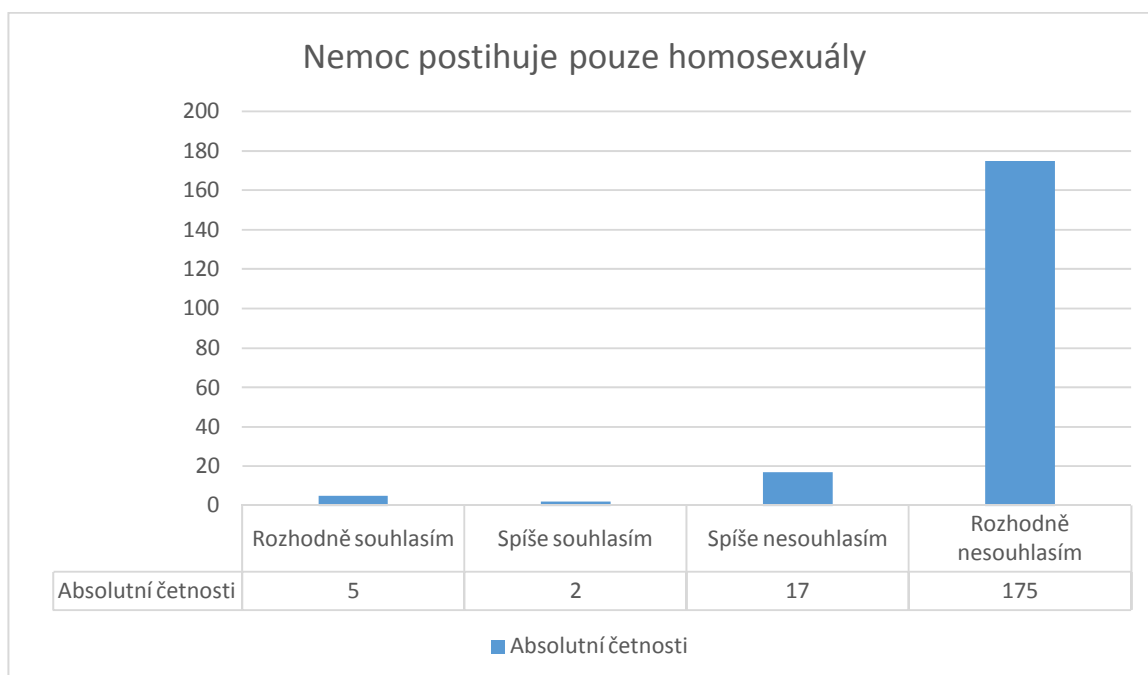
U prvního výroku je nejčastější odpovědí možnost „spíše nesouhlasím“. Přibližně 20 % respondentů si myslí, že počet nakažených klesá. Tři čtvrtiny respondentů sice správně označily nesouhlas, ale počet respondentů, kteří si jsou svou odpovědí jistí, je poměrně malý. Průměr má hodnotu 3,07.

⁷ Správné způsoby přenosu označilo 27 mladších mužů z celkového počtu 52, což znamená úspěšnost 52%. Správně také odpovědělo 65% starších mužů (11 ze 17), 51% mladších žen (39 z 76) a 67% starších žen (37 z 55).



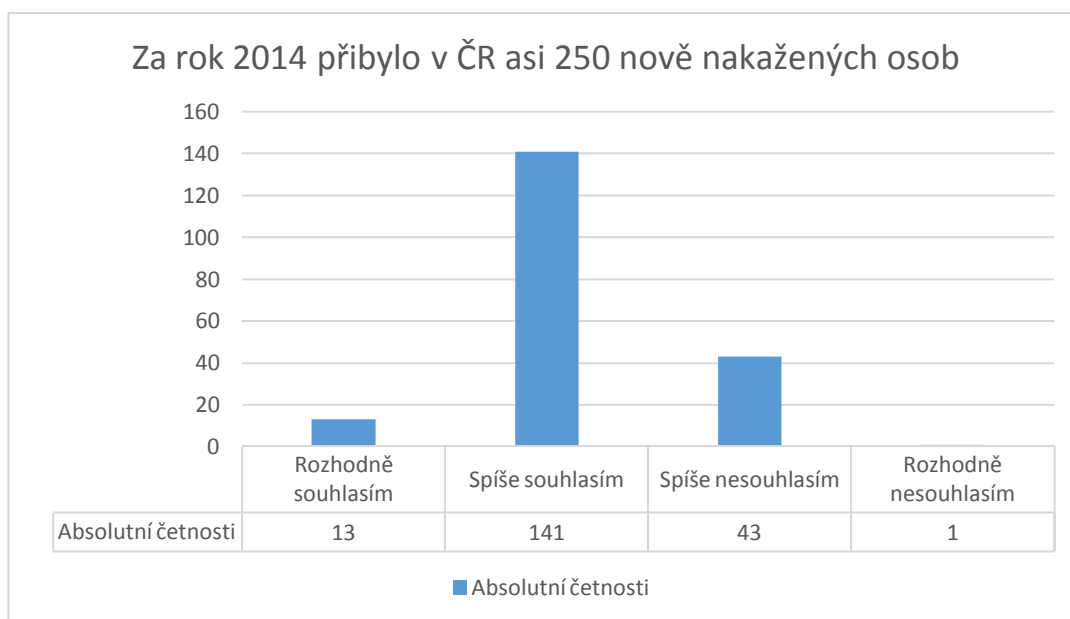
Graf 10: Absolutní četnosti označených možností. N=199

Druhý výrok má mnohem pozitivnější skóre. 88 % respondentů rozhodně nesouhlasí s tím, že by HIV/ AIDS postihoval pouze homosexuály. Hodnota průměru je 3,8 a svědčí o tom, že respondenti jsou si u tohoto výroku svou odpovědí nejistější.



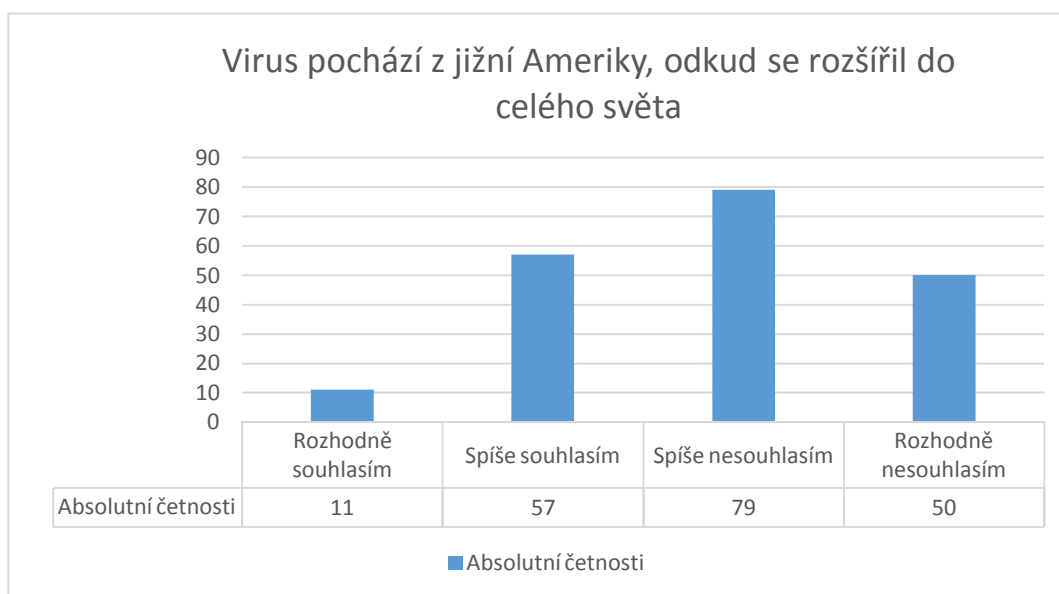
Graf 11: Absolutní četnosti označených možností. N=199

Zato odhadnout počet nakažených bylo pro respondenty obtížné. Téměř 80 % respondentů se rozhodlo pro správný souhlas výrokem, ale jen málo respondentů vyjádřilo jistý souhlas. Průměr je 2,14. Při pozorování výsledků si uvědomuji chybu, že respondentům u tohoto výroku nebyl dán prostor pro uvedení jejich osobního odhadu.



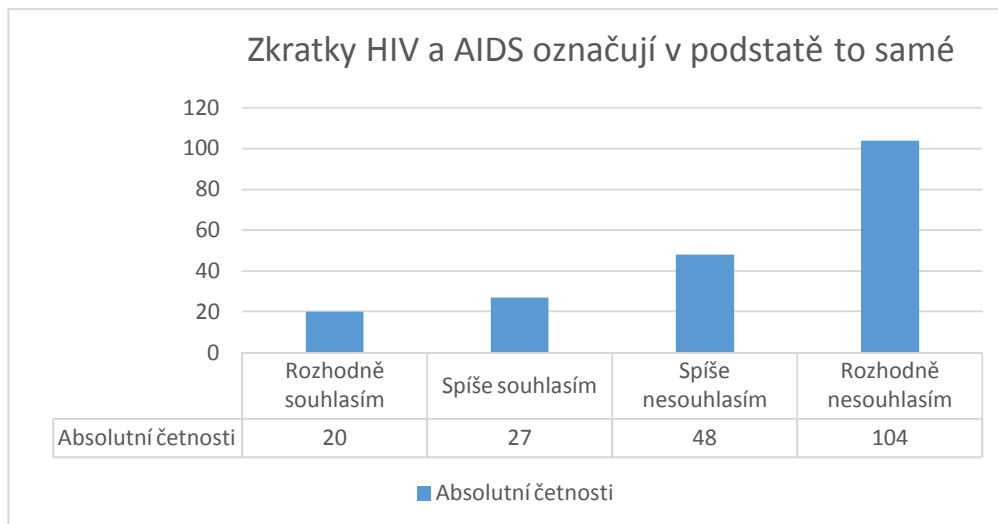
Graf 12: Absolutní četnosti označených možností. $N=198$

Výrok o původu viru HIV dopadl nejvíce rozporuplně. Aritmetický průměr činí 2,81 a představuje nejdelší vzdálenost od ideální hodnoty 4. Nesprávností výroku si je jistá čtvrtina respondentů. U výroku je zaznamenán nejvyšší počet chybných odpovědí, 68 respondentů zvolilo souhlas.



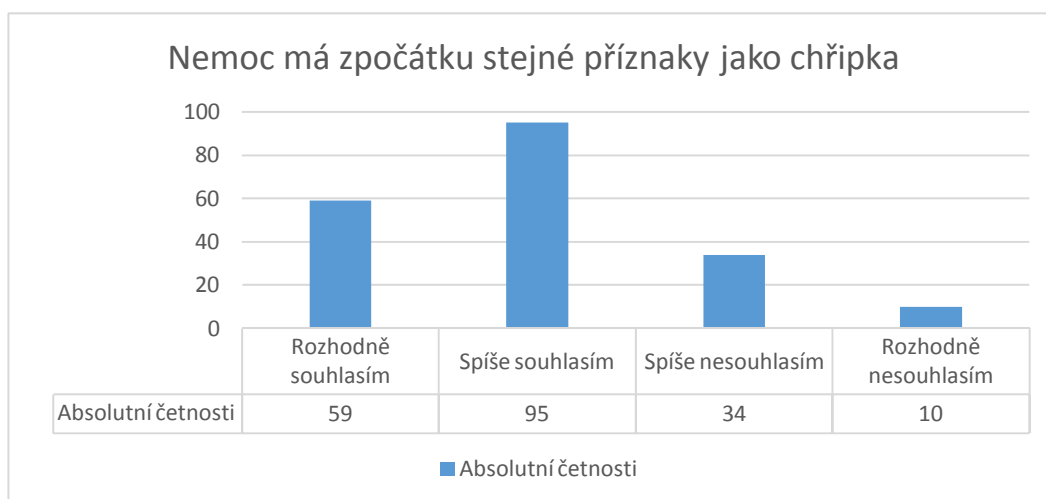
Graf 13: Absolutní četnosti označených možností. $N=197$

Velmi dobře respondenti odpovídali u výroku o významu zkratk HIV a AIDS. Více než polovina respondentů zvolila možnost „rozhodně nesouhlasím“. Průměr je 3,17.



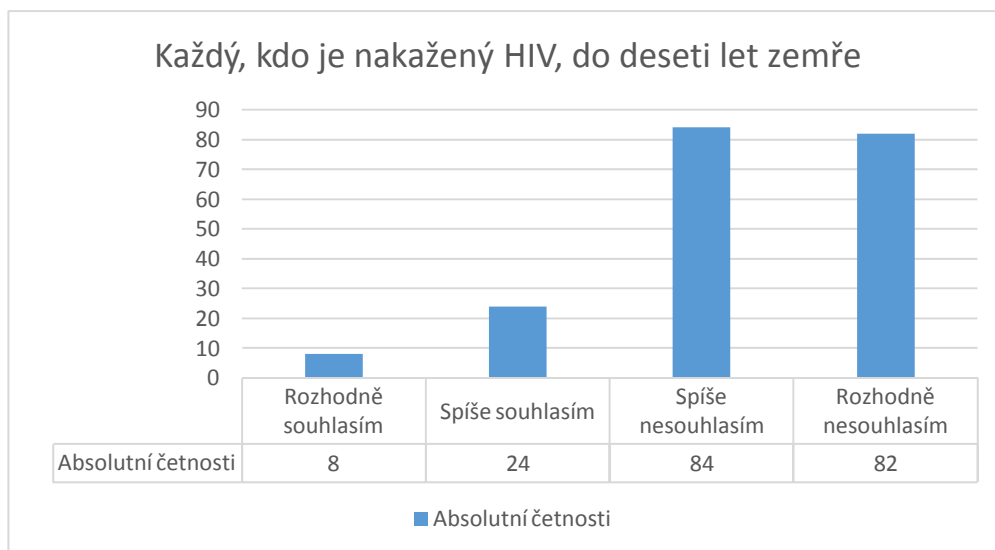
Graf 14: Absolutní četnosti označených možností. N=199

I výrok o prvotních příznacích dopadl vcelku příznivě, byť patří mezi ty, u nichž si respondenti nejsou zrovna nejjistější. Nejčastější odpovědí je varianta „spíše souhlasím“. Pro tuto možnost se rozhodla téměř polovina respondentů. Průměr je 1,95.



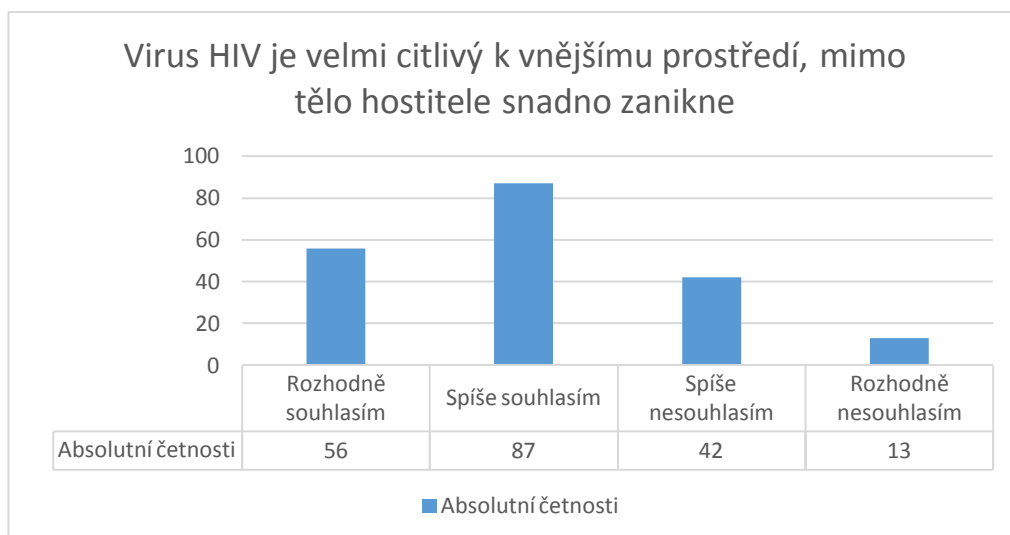
Graf 15: Absolutní četnosti označených možností. N=198

Se skutečností, že AIDS vždy končí smrtí, nesouhlasí 84 % respondentů. Nejčastěji volená odpověď je „spíše nesouhlasím“. Průměr je 3,18.



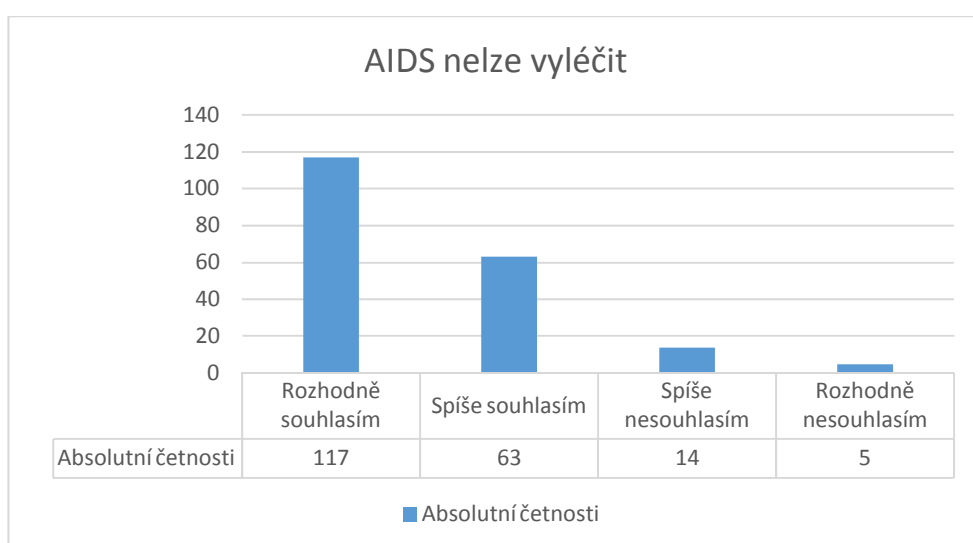
Graf 16: Absolutní četnosti označených možností. N=198

Výrok o vlastnostech viru nemá jednoznačnou odpověď. Ke správnosti výroku se přiklání přes 70 % respondentů. Průměr dosahuje hodnoty 2,04, což značí druhou největší vzdálenost a tedy druhý nejméně jistý výrok. Tento výrok poukazuje na chybějící poučení o viru HIV, které podle mého osobního názoru může mít vliv na negativní postoj a nepodložené obavy. Soudím, že objasněnost vlastností viru by vyvrátila obavy z dotyku HIV+ osoby, ze šíření vzduchem apod.



Graf 17: Absolutní četnosti označených možností. N=198

Poslední výrok naopak přináší druhý nejlepší počet správných odpovědí. Nevyléčitelnosti AIDS si je vědomých 58 % respondentů, dalších 30 % se k tomuto faktu přiklání. Průměr je 1,53.



Graf 18: Absolutní četnosti označených odpovědí. N=199

5.2.4. Shrnutí znalostní části

Respondenti se dokáží uspokojivě vyjádřit k faktům jako je spojení s homosexualitou nebo nevyléčitelnost AIDS. Uspokojivá je znalost vývoje situace v České republice. Odhad aktuálního stavu nakažených osob už tak přesný není. Nejméně respondentů

dokázalo určit, že virus nepochází z jižní Ameriky. Tento výsledek ovšem nemá pro české prostředí žádný fatální dopad, a tak se dá nižší úspěšnost odpovědí přehlédnout. Zato výrok o citlivosti viru k vnějšímu prostředí zřejmě postihl téma, se kterým společnost není dostatečně obeznámena.

Rozdíl v odpovědích v závislosti na pohlaví je patrný u výroku o původu viru HIV. Ženy častěji volí možnost „spíše souhlasím“, muži mají tendenci vybírat možnost „rozhodně nesouhlasím“. Ženy tedy v tomto případě často odpovídaly nesprávně. Ženy naopak volily správné odpovědi u výroku „Zkratky HIV a AIDS označují v podstatě to samé“. Významně se přikláněly k rozhodnému nesouhlasu, zatímco muži často s výrokem souhlasili. U výroku „Každý, kdo je nakažený HIV, do deseti let zemře“ lépe odpovídaly ženy. S nevléčitelností AIDS mají muži tendenci nesouhlasit, častěji odpovídají nesprávně. U ostatních výroků se závislost znalostí a pohlaví neprokázala. Celkově mají ženy lepší znalosti. Ke vztahu mezi správností odpovědi a věkem se není možné spolehlivě vyjádřit. Silnou tendenci k závislosti těchto dvou znaků je možné sledovat jedině u výroku „Každý, kdo je nakažen HIV, do deseti let zemře“, kde mladší respondenti výrazně často volí souhlas, naopak starší respondenti - dá se říci až kategoricky- nesouhlasí. Nezávislost znalostí na absolvování přednášky o prevenci také nelze spolehlivě vyvrátit. Slabší tendence k závislosti se objevuje u posledního výroku (AIDS nelze vyléčit.). Respondenti, kteří se účastnili přednášky, spíše volí variantu „rozhodně souhlasím“.⁸ Kromě tohoto případu jsou znalosti nezávislé na účasti na přednášce.

⁸ Konkrétní hodnoty viz příloha 4

6. Závěr

Prvním cílem, ke kterému se měla tato práce dobat, byla otázka, zda povědomí laické veřejnosti odpovídá objektivním lékařským faktům o nemoci, způsobu přenosu a prevenci. Musíme brát v potaz, že většina výzkumů na toto specifické a citlivé téma není reprezentativní. Povědomí respondentů není na špatné úrovni, ale stále je co zlepšovat. Znalosti jsou neucelené, populace se zajímá jen o určité oblasti problému. Ve společnosti stále přetrvávají nesprávné informace o přenosu, naštěstí v čím dál menší míře. V porovnání s ostatními evropskými zeměmi se informovanost České republiky drží okolo průměru. Dle uvedených výzkumů se znalosti české společnosti zlepšují, ale každé šetření odhalilo ve znalostech určitou slabinu. Sdružení Art for life například poukázalo na problém odhadnout dobu, za kterou lze odhalit virus v těle. Po analýze výsledků vlastního dotazníkového šetření, i když není reprezentativní kvůli nízkému počtu respondentů a úzkému zaměření na mládež, byl například zaznamenán nemalý počet respondentů, kteří považují přenos kousnutím od svého hmyzu za reálný. Mimo to se ukázala neznalost citlivosti viru HIV. Také se dá říci, že respondenti spíše tuší správné odpovědi, než že by je zaručeně věděli. Přesto nebyl zaznamenán výrok, u něhož by úspěšnost odpovědi byla pod 50 %.

Druhým problémem, který měl být v práci objasněn, je chování společnosti k HIV+ pacientům. Zrovna v případě AIDS je sociální dopad velmi znatelný. Více nežli o samotné nemoci se mluví o pacientech a o tom, jak moc „rizikovní“ pacienti jsou. Necitlivé přiřazení nemoci ke specifickým skupinám vedlo v mnoha případech k nenávistným reakcím. Obavy z přetrvávající diskriminace jsou pochopitelné. Když se v 80. letech minulého století dostalo téma HIV/AIDS do českého prostředí, vstoupilo sem již zatížené panikou ze západních států. Avšak výsledky výzkumů zkoumající postoje k HIV+ osobám ukazují, že vývoj postoje k AIDS v České republice kopíruje vývoj západních společností, které se přes prvotní obavy a nenávist stávají tolerantnější. Zejména mladí lidé jsou k HIV+ osobám velmi otevření.

Třetím cílem bylo porovnání vývoje veřejného povědomí v čase. Povědomí o problému i tolerance vůči postiženým osobám se ubírá k lepšímu. Z porovnání výzkumu MUDr. Stehlíkové a mého dotazníkového šetření vyplývá, že především názor žen se mění pozitivním směrem. Výzkum z roku 1993 zaznamenal rozdíly mezi muži a ženami jak ve

znalostech, tak v postojích. Aktuální výzkum ale ukázal, že povědomí žen je dokonce lepší než povědomí mužů a že na míru tolerance nemá pohlaví vliv.

V práci se ale častokrát narazilo na jiný problém. Různé na sobě nezávislé výzkumy poukázaly, že lidé znají zásady prevence, neznamená to, že je dodržují. Populace preventivním programům nenaslouchá. V dotazníkovém šetření se ukázalo, že účast na přednášce o prevenci HIV/ AIDS neovlivňuje znalosti respondentů, i když má alespoň mírný dopad na tolerantnější vnímání problematiky. Ve výzkumech MUDr. Procházky a EMIS 2010 se dochází k závěru, že HIV pozitivní jedinci mají nejlepší znalosti o problematice. Jinými slovy, jedinci znalosti získají až poté, co se nakazí.

Na úplný závěr práce je možné konstatovat, že výsledky vypadají optimisticky. Práce však postihuje pouze jeden úhel pohledu, a to zdravé většiny, která si navíc problém osobně nepřipouští. V přípravné fázi mé práce jsem uvažovala o zahrnutí rozhovorů s HIV+ osobami, aby dokreslily skutečný stav problematiky HIV/AIDS v české společnosti. Od rozhovorů, které by měly čistě ilustrativní charakter, jsem ale časem ustoupila, aby nebyl brán prostor kvantitativním výzkumům. Bylo by zajímavé a přínosné zjistit i názor té menšiny, o které je celou dobu řeč. Uvedené výzkumy neodhalují reálnou podobu života s HIV, uplatnění na trhu práce, navazování mezilidských vztahů a osobní zkušenosti se stigmatizací či diskriminací. Pohled na problematiku může být totiž zcela odlišný.

7. Seznam literatury

- Bártlová, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha. Grada Publishing.
- Brzek, A., J. Pondělíčková – Mašlová. 1992. *Třetí pohlaví??* Praha. SCIENTIA MEDICA.
- Česká společnost AIDS pomoc. 2015. *Informace o spolku*. [online]. (cit. 10.5.2015) Dostupné na <https://www.aids-pomoc.cz/informace-o-spolku.html>
- Dvořák, J. a kol. 1992. *Ve stínu AIDS*. Praha. ACADEMIA.
- European Centre for Disease Prevention and Control. 2014. HIV/AIDS surveillance in Europe 2013. [online] World Health Organization. (cit. 27.4. 2015) Available from: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-report-Europe-2013.pdf>
- Fanel, J. 2000. *Gay historie*. Praha. Dauphin.
- Jilich, D., V. Kulířová a kol. 2014. *HIV infekce*. Praha. Mladá fronta.
- Kalina, K. a kol. 2003. *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. Praha. Úřad vlády České republiky.
- Křivohlavý, J. 2001. *Psychologie zdraví*. Praha. Portál.
- Kubatová, M., J. Červenka. 2014. *Veřejné mínění o problematice HIV/AIDS – červen 2014*. [online]. Praha. Centrum pro výzkum veřejného mínění. (cit. 9.5.2015) Dostupné na <http://cvvm.soc.cas.cz/zdravi-volny-cas/verejne-mineni-o-problematice-hiv-aids-cerven-2014>
- Maříková, H., M. Petrusek a kol. 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha. Karolinum
- Ministerstvo vnitra. 2015. *Cizinci 3. zemí se zaevidovaným povoleným pobytem na území České republiky a cizinci zemí EU + Islandu, Norska, Švýcarska a Lichtenštejnska se zaevidovaným pobytem na území České republiky*. [online] Praha. Ministerstvo vnitra České republiky. (cit. 29. 5. 2015) Dostupné na <http://www.mvcr.cz/clanek/cizinci-s-povolenym-pobytem.aspx?q=Y2hudW09MQ%3d%3d>
- Ministerstvo zdravotnictví. „*Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v České republice na období 2013 — 2017*“. [online]. (cit. 29. 5. 2015) Dostupné na

http://www.mzcr.cz/Verejne/obsah/narodni-program-reseni-problematiky-hiv/aids-v-ceske-republice_2927_5.html

Mravčík, V. 2004. *Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog*. Praha. Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Lejčková, P. a kol. 2006. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005* [Annual Report on Drug Situation 2005 – Czech Republic]. [online] Praha: Úřad vlády ČR. (cit. 10.5.2015) Dostupné na <http://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-o-stavu-ve-vecích-drog-v-ceske-republice-v-roce-2005/>

Mravčík, V., R. Pešek, a kol. 2011. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010* [Annual Report on Drug Situation 2010 – Czech Republic]. [online] Praha: Úřad vlády České republiky. [cit. 10. 5. 2015] Dostupné na: <http://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-o-stavu-ve-vecích-drog-v-ceske-republice-v-roce-2010/>

Mravčík, V., P. Chomynová a kol. 2014. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013* [Annual Report on Drug Situation 2013 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). [online] Praha: Úřad vlády České republiky. [cit. 10. 5. 2015] Dostupné na: <http://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-o-stavu-ve-vecích-drog-v-ceske-republice-v-roce-2013/>

Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS. 2014. *Tisková zpráva NRL pro HIV/AIDS 12.2014*. [online] Státní zdravotnický úřad. [cit. 17. 3. 2015] Dostupné online na: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2014/Tiskova_zprava_NRL_pro_HIVAIDS_12.2014_grafy.pdf

Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS. 2015. *Leden 2015: výskyt a šíření HIV/AIDS v České republice*. Praha. [online] Státní zdravotnický úřad. (cit. 15. 3. 2015). Dostupné online na www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocní_zpravy/2015/HIV_AIDS_01_2015.pdf

Procházka, I., J. Novotný a kol. 2005. *HIV infekce a homosexualita*. Praha. ČSAP.

Ptáček, R., P. Bartůněk. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha. Grada.

Rozkoš bez rizika. 2014. *Výroční zpráva 2013*. [online]. (cit. 10. 5. 2015) Dostupné na <http://www.rozkosbezrizika.cz/ke-stazeni/soubory/vyrocní-zprava-r-r-2013/detail>

Rozsypal, H. 1998. *AIDS. Klinický obraz a léčba*. Praha. MAXDORF.

- Rozsypal, H., M. Holub, M. a kol. 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha. Karolinum.
- Sanders, T., M. O'Neill, a kol. 2009. *Prostitution. Sex work, Policy and Politics*. Thousand Oaks. Sage.
- Seidl, J. 2012. *Od žaláře k oltáři: emancipace homosexuality v českých zemích od roku 1867 do současnosti*. Brno: Host.
- Sontag, S. 1997. *Nemoc jako metafora, AIDS a jeho metafora*. Praha. Mladá Fronta.
- Stehlíková, D a kol. 1995. *Homosexualita, společnost a AIDS v ČR*, Praha. ORBIS.
- Stehlíková, D. 2013. *Ruka v ruce proti AIDS*. [online].(cit. 29. 5. 2015). Dostupné na <http://www.dzamilastehlikova.cz/8373/294/clanek/ruka-v-ruce-proti-aids/>
- Státní zdravotnický úřad. 2004. *Trendy výskytu a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2003*. [online] Praha. (cit. 30.5. 2015) Dostupné na <http://www.szu.cz/tema/prevence/zprava-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-za-rok-2003>
- Centrum pro výzkum veřejného mínění. 2011. *Informovanost o HIV/AIDS*. Praha. Sociologický ústav AV ČR.
- The EMIS Network. EMIS 2010. 2013. *The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Findings from 38 countries*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. [online]. [cit. 9. 7. 2015]. Available from: www.emis-project.eu/
- Vokurka M. a kol. 2011. *Velký lékařský slovník*. Praha. Maxdorf.
- World Health Organization. 2013. *Key Facts On Hiv Epidemic In Russian Federation And Progress In 2011*. [online]. (cit. 29.5.2015) Available from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/188761/Russian-Federation-HIVAIDS-Country-Profile-2011-revision-2012-final.pdf
- World Health Organization. 2013. *Key Facts On Hiv Epidemic In Ukraine And Progress In 2011*. [online]. (cit. 16.3.2015.) Available from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/188767/Ukraine-HIVAIDS-Country-Profile-2011-revision-2012-final.pdf
- Zábranský, T., J. Radimecký a kol.(2002). *Výroční zpráva o stavu ve věcech v České republice v r. 2001* (Annual Report on Drug Situation 2001 – Czech Republic). [online].Praha & Lisabon: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & EMCDDA. (cit. 23. 3. 2015) Dostupné na <http://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocnizpravy/vyrocnizprava-o-stavu-ve-vecich-drog-v-ceske-republice-v-roce-2001/>
- Zvěřina, J. 2003. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno. CERM.

8. Přílohy

Příloha 1: Dotazník

Dobrý den,

ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku k bakalářské práci s názvem Povědomí veřejnosti o nemoci AIDS. Vyplnění dotazníku netrvá déle než 15 minut. Část otázek je zaměřeno na Vaše znalosti o problematice HIV/AIDS, část pak na Vaše postoje. Dotazník je zcela anonymní, výsledky budou použity pouze pro účely bakalářské práce.

Děkuji za spolupráci,
Ilona Müllerová

-
1. Co se Vám vybaví, když se řekne „HIV pozitivní člověk“? Do rámečku uveďte vše, co Vás napadne (např. vzhled, povahové rysy, typické chování, atd.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Uveďte, zda s následujícími výroky souhlasíte či nesouhlasíte.

	Rozhodně souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím/ nedokážu posoudit	Spíše nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
Necítím se ohrožen/a nákazou HIV.	1	2	3	4	5
Váhal/a bych, kdybych měl/a HIV pozitivní osobě podat ruku.	1	2	3	4	5
HIV pozitivním cizincům by měl být zakázán vstup do ČR.	1	2	3	4	5

Všichni na pracovišti by měli vědět, že mezi sebou mají HIV pozitivní osobu.	1	2	3	4	5
Vadilo by mi, kdyby v blízkosti mého bydliště žil HIV pozitivní člověk.	1	2	3	4	5
S HIV pozitivní osobou bych se nechtěl/a přátelit.	1	2	3	4	5
Myslím si, že jsem o této problematice dostatečně informovaný/á.	1	2	3	4	5
Vadilo by mi, kdybych se dozvěděl/a, že HIV pozitivní člověk navštěvuje stejného lékaře jako já.	1	2	3	4	5

3. O způsobu přenosu viru HIV koluje ve společnosti řada nesprávných informací. Z následující nabídky vyberte způsoby přenosu, které považujete za správné. (Můžete označit libovolný počet možností.)

- ☐ Kýchnutím
- ☐ Polibkem
- ☐ Pohlavním stykem
- ☐ Kontaktem s pokožkou HIV pozitivní osoby
- ☐ Kontaktem s krví HIV pozitivní osoby
- ☐ Kousnutím od savého hmyzu (komár, klíště, ...)
- ☐ Přenos z matky na dítě
- ☐ Použitím předmětu (např. hrnku, propisky) bezprostředně poté, co jej použil HIV+ člověk
- ☐ Použitím stejného zubního kartáčku nebo osušky
- ☐ Použitím stejné injekční jehly

4. V této otázce jsou některé výroky pravdivé, jiné naopak nepravdivé. Označte, zda s výroky souhlasíte.

	Rozhodně souhlasím	Spiše souhlasím	Spiše nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
V České republice klesá počet HIV+ osob.	1	2	3	4
Nemoc postihuje pouze homosexuály.	1	2	3	4
Za rok 2014 přibýlo v ČR asi 250 nově nakažených osob.	1	2	3	4
Virus pochází z jižní Ameriky, odkud se rozšířil do celého světa.	1	2	3	4
Zkratky HIV a AIDS označují v podstatě to samé.	1	2	3	4
Nemoc má zpočátku stejné příznaky jako chřipka.	1	2	3	4
Každý, kdo je nakažený HIV, do deseti let zemře.	1	2	3	4
Virus HIV je velmi citlivý k vnějšímu prostředí, mimo tělo hostitele snadno zanikne.	1	2	3	4

AIDS nelze vyléčit.	1	2	3	4
---------------------	---	---	---	---

5. Účastnil/a jste se někdy přednášky na téma prevence proti HIV/AIDS?

☐ Ano

☐ Ne

► 5a. Pokud ne, měl/a byste o takovou přednášku zájem?

☐ Ano, měl/a bych zájem.

☐ Ne, neměl/a bych zájem.

6. Znáte ve svém okolí někoho, kdo je HIV pozitivní? ☐ ano, znám

☐ ne, nikoho takového neznám

7. Jste: ☐ muž

☐ žena

8. Jste ve věkové kategorii: ☐ 15-19 let

☐ 20-24 let

Příloha 2: Závislost mezi postojem k HIV+ lidem a ostatními znaky.

Nulová hypotéza platná pro všechny výroky: Mezi postojem respondenta a ostatními znaky není závislost.

Výrok 1: Nulová hypotéza se zamítá na hladině významnosti 95%. Mezi věkem a postojem je středně silná tendence k závislosti.

váhal/a bych, kdybych měla HIV pozitivní osobě podat ruku * věk Crosstabulation

			věk		Total
			15-19	20-24	
váhal/a bych, kdybych měla	rozhodně souhlasím	Count	26	4	30
		Adjusted Residual	2,8	-2,8	
HIV pozitivní osobě podat ruku	nevím/ nedokážu posoudit	Count	23	12	35
		Adjusted Residual	,3	-,3	
	rozhodně nesouhlasím	Count	77	56	133
		Adjusted Residual	-2,4	2,4	
Total		Count	126	72	198

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,207			,012

Výrok 2: Nulovou hypotézu nelze zamítnout kvůli vysoké hodnotě signifikance.

HIV pozitivním cizincům by měl být zakázán vstup do ČR * věk Crosstabulation

			věk		Total
			15-19	20-24	
HIV pozitivním cizincům by měl být zakázán vstup do ČR	rozhodně souhlasím	Count	36	18	54
		Adjusted Residual	,5	-,5	
	nevím/ nedokážu posoudit	Count	37	15	52
		Adjusted Residual	1,3	-1,3	
	rozhodně nesouhlasím	Count	54	39	93
		Adjusted Residual	-1,6	1,6	
	Total	Count	127	72	199

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,116			,255

Výrok 3: Nulová hypotéza se zamítá na hladině významnosti 99%. Mezi věkem a postojem je středně silná tendence k závislosti.

všichni na pracovišti by měli vědět, že mezi sebou mají HIV pozitivní osobu * věk Crosstabulation

			věk		Total
			15-19	20-24	
všichni na pracovišti by měli vědět, že mezi sebou mají HIV pozitivní osobu	rozhodně souhlasím	Count	80	29	109
		Adjusted Residual	3,1	-3,1	
	nevím/ nedokážu posoudit	Count	19	12	31
		Adjusted Residual	-,3	,3	
	rozhodně nesouhlasím	Count	28	31	59
		Adjusted Residual	-3,1	3,1	
	Total	Count	127	72	199

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,231			,004

Výrok 4: Nulovou hypotézu nelze zamítnout kvůli vysoké hodnotě signifikance.

Vadilo by mi, kdyby v blízkosti mého bydliště žil HIV pozitivní člověk * věk Crosstabulation

			věk		Total
			15-19	20-24	
Vadilo by mi, kdyby v blízkosti mého bydliště žil HIV pozitivní člověk	rozhodně souhlasím	Count	10	3	13
		Adjusted Residual	1,0	-1,0	
	nevím/ nedokážu posoudit	Count	28	9	37
		Adjusted Residual	1,7	-1,7	
	rozhodně nesouhlasím	Count	89	60	149
		Adjusted Residual	-2,1	2,1	
	Total		127	72	199

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,145			,117

Výrok 5: Nulová hypotéza se zamítá na hladině významnosti 99%. Mezi věkem a postojem je středně silná tendence k závislosti.

S HIV pozitivní osobou bych se nechtěl/a přátelit * věk Crosstabulation

			věk		Total
			15-19	20-24	
S HIV pozitivní osobou bych se nechtěl/a přátelit	rozhodně souhlasím	Count	10	3	13
		Adjusted Residual	1,0	-1,0	
	nevím/ nedokážu posoudit	Count	28	5	33
		Adjusted Residual	2,8	-2,8	
	rozhodně nesouhlasím	Count	89	64	153
		Adjusted Residual	-3,0	3,0	
	Total		127	72	199

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,212			,009

Výrok 6: Nulová hypotéza se zamítá na hladině významnosti 95%. Mezi věkem a postojem je středně silná tendence k závislosti.

Vadilo by mi, kdybych se dozvěděl/a, že HIV pozitivní člověk navštěvuje stejného lékaře jako já * věk

Crosstabulation

			věk		Total
			15-19	20-24	
Vadilo by mi, kdybych se dozvěděl/a, že HIV pozitivní člověk navštěvuje stejného lékaře jako já	rozhodně souhlasím	Count	19	6	25
		Adjusted Residual	1,4	-1,4	
	nevím/ nedokážu posoudit	Count	24	5	29
		Adjusted Residual	2,3	-2,3	
	rozhodně nesouhlasím	Count	84	61	145
		Adjusted Residual	-2,8	2,8	
Total		Count	127	72	199

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,200			,016

Výrok 1: Mezi postojem a účastí přednášky prevence existuje silná tendence k závislosti, nulová hypotéza se zamítá na hladině spolehlivosti 99%.

váhal/a bych, kdybych měla HIV pozitivní osobě podat ruku * Účastnil/a jste se někdy přednášky na téma prevence proti HIV/ AIDS? Crosstabulation

			Účastnil/a jste se někdy přednášky na téma prevence proti HIV/ AIDS?		Total
			ano	ne	
váhal/a bych, kdybych měla HIV pozitivní osobě podat ruku	rozhodně souhlasím	Count	0	7	7
		Adjusted Residual	-3,4	3,4	
	spíše souhlasím	Count	15	10	25
		Adjusted Residual	-,1	,1	
	nevím/ nedokážu posoudit	Count	24	11	35
		Adjusted Residual	1,0	-1,0	
	spíše nesouhlasím	Count	30	34	64
		Adjusted Residual	-2,8	2,8	
	rozhodně nesouhlasím	Count	52	16	68
		Adjusted Residual	3,3	-3,3	
	Total		Count	121	78
					199

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,328			,000

Příloha 3: Vztah mezi obavou z viru HIV a ostatními znaky.

Nulová hypotéza: Mezi věkem a obavou z viru HIV není závislost.

necítím se ohrožen nákazou HIV * věk Crosstabulation					
			věk		Total
			15-19	20-24	
necítím se ohrožen nákazou HIV	rozhodně souhlasím	Count	86	48	134
		Adjusted Residual	,2	-,2	
	nevím/ nedokážu posoudit	Count	19	3	22
		Adjusted Residual	2,3	-2,3	
	rozhodně nesouhlasím	Count	22	21	43
		Adjusted Residual	-2,0	2,0	
	Total	Count	127	72	199

Symmetric Measures				
	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,195			,020

Nulová hypotéza: Mezi pohlavím a obavou z viru HIV není závislost.

necítím se ohrožen nákazou HIV * pohlaví Crosstabulation					
			pohlaví		Total
			muž	žena	
necítím se ohrožen nákazou HIV	rozhodně souhlasím	Count	52	82	134
		Adjusted Residual	2,0	-2,0	
	nevím/ nedokážu posoudit	Count	5	17	22
		Adjusted Residual	-1,2	1,2	
	rozhodně nesouhlasím	Count	11	32	43
		Adjusted Residual	-1,3	1,3	
	Total	Count	68	131	199

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,140			,137

Nulová hypotéza: Mezi obavou z nákazy virem a tím, zda respondent osobně zná HIV+ osoby, není závislost.

necítím se ohrožen nákazou HIV * Znáte ve svém okolí někoho, kdo je HIV pozitivní? Crosstabulation

			Znáte ve svém okolí někoho, kdi je HIV pozitivní?		Total
			ano, znám	ne, nikoho takového neznám	
necítím se ohrožen nákazou HIV	rozhodně souhlasím	Count	12	122	134
		Adjusted Residual	,3	-,3	
	nevím/ nedokážu posoudit	Count	0	21	21
		Adjusted Residual	-1,5	1,5	
	rozhodně nesouhlasím	Count	5	38	43
		Adjusted Residual	,8	-,8	
Total		Count	17	181	198

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,112			,286

Nulová hypotéza: Mezi obavou z nákazy virem HIV a účastí na přednášce prevence není závislost

necítím se ohrožen nákazou HIV * Účastnil/a jste se někdy přednášky na téma prevence proti HIV/ AIDS?

Crosstabulation

			Účastnil/a jste se někdy přednášky na téma prevence proti HIV/ AIDS?		Total
			ano	ne	
necítím se ohrožen nákazou HIV	rozhodně souhlasím	Count	79	55	134
		Adjusted Residual	-,8	,8	
	nevím/ nedokážu posoudit	Count	14	8	22
		Adjusted Residual	,3	-,3	
	rozhodně nesouhlasím	Count	28	15	43
		Adjusted Residual	,7	-,7	
	Total		Count	121	78
					199

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,055			,740

Příloha 4: Závislost mezi znalostmi a ostatními znaky

Nulová hypotéza: Mezi správností odpovědí a uvedenými znaky není závislost.

Virus pochází z jižní Ameriky, odkud se rozšířil do celého světa * pohlaví Crosstabulation

			pohlaví		Total
			muž	žena	
Virus pochází z jižní Ameriky, odkud se rozšířil do celého světa	rozhodně souhlasím	Count	2	9	11
		Adjusted Residual	-1,1	1,1	
	spíše souhlasím	Count	13	44	57
		Adjusted Residual	-2,1	2,1	
	spíše nesouhlasím	Count	28	51	79
		Adjusted Residual	,3	-,3	
	rozhodně nesouhlasím	Count	24	26	50
		Adjusted Residual	2,4	-2,4	
Total		Count	67	130	197

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,207			,031

Mezi odpověďmi na výrok a pohlavím je patrná středně silná závislost, nulovou hypotézu lze vyvrátit na hladině spolehlivosti 95%.

Zkratky HIV a AIDS označují v podstatě to samé. * pohlaví Crosstabulation

			pohlaví		Total
			muž	žena	
Zkratky HIV a AIDS označují v podstatě to samé.	rozhodně souhlasím	Count	11	9	20
		Adjusted Residual	2,1	-2,1	
	spíše souhlasím	Count	13	14	27
		Adjusted Residual	1,6	-1,6	
	spíše nesouhlasím	Count	15	33	48
		Adjusted Residual	-,5	,5	
	rozhodně nesouhlasím	Count	29	75	104
		Adjusted Residual	-2,0	2,0	
	Total	Count	68	131	199

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,199			,042

Mezi odpověďmi na výrok a pohlavím je patrná středně silná závislost, nulovou hypotézu lze vyvrátit na hladině spolehlivosti 95%.

Každý, kdo je nakažený HIV, do deseti let zemře. * pohlaví Crosstabulation

			pohlaví		Total
			muž	žena	
Každý, kdo je nakažený HIV, do deseti let zemře.	rozhodně souhlasím	Count	1	7	8
		Adjusted Residual	-1,3	1,3	
	spíše souhlasím	Count	16	8	24
		Adjusted Residual	3,6	-3,6	
	spíše nesouhlasím	Count	24	60	84
		Adjusted Residual	-1,5	1,5	
	rozhodně nesouhlasím	Count	27	55	82
		Adjusted Residual	-,4	,4	
	Total	Count	68	130	198

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,258			,003

Mezi odpověďmi na výrok a pohlavím je patrná středně silná závislost, nulovou hypotézu lze vyvrátit na hladině spolehlivosti 95%.

AIDS nelze vyléčit. * pohlaví Crosstabulation

			pohlaví		Total
			muž	žena	
AIDS nelze vyléčit.	rozhodně souhlasím	Count	34	83	117
		Adjusted Residual	-1,8	1,8	
	spíše souhlasím	Count	21	42	63
		Adjusted Residual	-,2	,2	
	rozhodně nesouhlasím	Count	13	6	19
		Adjusted Residual	3,3	-3,3	
Total		Count	68	131	199

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,232			,004

Mezi odpověďmi na výrok a pohlavím je patrná středně silná závislost, nulovou hypotézu lze vyvrátit na hladině spolehlivosti 99%.

Každý, kdo je nakažený HIV, do deseti let zemře. * věk Crosstabulation

			věk		Total
			15-19	20-24	
Každý, kdo je nakažený HIV, do deseti let zemře.	rozhodně souhlasím	Count	8	0	8
		Adjusted Residual	2,2	-2,2	
	spíše souhlasím	Count	22	2	24
		Adjusted Residual	3,0	-3,0	
	spíše nesouhlasím	Count	59	25	84
		Adjusted Residual	1,7	-1,7	
	rozhodně nesouhlasím	Count	37	45	82
		Adjusted Residual	-4,6	4,6	
	Total	Count	126	72	198

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,343			,000

Mezi odpověďmi na výrok a věkem je silná tendence k závislosti. Nulovou hypotézu lze vyvrátit na hladině spolehlivosti 99%.

AIDS nelze vyléčit. * Účastnil/a jste se někdy přednášky na téma prevence proti HIV/ AIDS? Crosstabulation

			Účastnil/a jste se někdy přednášky na téma prevence proti HIV/ AIDS?		Total
			ano	ne	
AIDS nelze vyléčit.	rozhodně souhlasím	Count	79	38	117
		Adjusted Residual	2,3	-2,3	
	spíše souhlasím	Count	34	29	63
		Adjusted Residual	-1,3	1,3	
	rozhodně nesouhlasím	Count	8	11	19
		Adjusted Residual	-1,8	1,8	
	Total	Count	121	78	199

Symmetric Measures

	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,174			,044

Mezi účastí na přednášce prevence a odpověďmi na výrok je slabá tendence k závislosti, nulovou hypotézu je možné vyvrátit na hladině spolehlivosti 95%.